PSYCHOSOMATISCHE ASPEKTE DES DIABETES MELLITUS

Michael Einsporn-Blaim

Diss. München
1984

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534920_0002

Aus der Psychiatrischen Klinik und
Poliklinik der Universität München

Direktor: Prof. Dr. H. Hippius

PSYCHOSOMATISCHE ASPEKTE DES DIABETES MELLITUS

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Michael Einsporn-Blaim
aus
München

1984

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:	Prof. Dr. med. S. Elhardt
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. med. H. Hippius
Dekan:	Prof. Dr. med. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 10.07.1984

DISSERTATIONS - UND FOTODRUCK FRANK GmbH
8000 München 2, Gabelsbergerstraße 15, Tel. 2809090

GLIEDERUNG

I. EINLEITUNG

II. DIE PERSÖNLICHKEIT DES DIABETIKERS

A) Tiefenpsychologische Arbeitsergebnisse
   1) Die Diabetikerpersönlichkeit aus der Sicht der entwicklungspsychol. Phasenlehre
   2) Kasuistik
B) Psychiatrische Forschungsergebnisse
   1) Ergebnisse aus Kasuistiken und Übersichtsarbeiten
   2) psychophysiologische Arbeitsergebnisse
C) Testpsychologische Befunde
   1) zur Persönlichkeit
   2) zur Intelligenz
D) Familiärer Hintergrund

III. LEBENSGESTALTUNG

A) Sexuelles Leben
B) Eheleben
C) Beruf/Sozialbeziehungen

IV. DIABETESENTSTEHUNG

A) Auslösesituationen
B) Stand der somatischen Forschung

C) psychoanalytische Auseinandersetzung um die psychosomatische Hypothesenbildung zur Diabetesentstehung

V. DIABETES UND SEINE AUSWIRKUNGEN

A) Probleme guter Diabetesführung
B) Reaktionen der Betroffenen auf die Diagnosestellung
C) Diätführung
D) Insulininjektionen

VI. ARZT-PATIENTEN-BEZIEHUNGEN

A) Grundsätzliches
B) Der unstabile Diabetes

VII. PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEEINFLUSSUNG DES DIABETIKERS

A) analytische Einzeltherapie
B) Gruppentherapie
C) Familientherapie
D) Biofeedback- und sonstige Verfahren
E) Krankheitsgewinn und Begrenzung psychologischer Beeinflussung des Diabetikers

VIII. PSYCHOLOGISCHE UNTERSCHIEDE ZWISCHEN :

A) Diabetiker/Nichtdiabetiker

B) Alters- und Jugenddiabetiker
C) Alters- und Juvenile Diabetiker
D) Schwere und leichte Diabetesformen

IX. ZUSAMMENFASSUNG

I. EINLEITUNG

Die vorliegende Arbeit befaßt sich mit psychosomatischen Aspekten des Diabetikers mellitus in Form einer Literaturbearbeitung.
Im deutsch-sprachigen Raum ist - bezogen auf die zu diesem Thema bis etwa 1955 vorliegenden Veröffentlichungen - von der Arbeitsgruppe um CREMERIUS und ELHARDT in den Jahren 1955-1957 eine Systematisierung versucht worden, die in dem Ergebnis der Herausarbeitung psychoanalytischer Modellvorstellungen zur Diabetesentstehung gipfelte.
Diese Dissertation begreift sich als Fortsetzung insoweit, als in ihr der Schwerpunkt auf die Auseinandersetzung mit eben jenen ätiologisch verstandenen Diabeteskonzepten gelegt wird, soweit die zeitlich nach 1955 erschienene Literatur hierzu Möglichkeiten gibt.
Die Vorrangsetzung dieses einen Gesichtspunktes hat Konsequenzen; bestimmte andere Aspekte, wie etwa Probleme der Diätführung oder etwa Schulleistungen diabetischer Kinder werden nur kurz behandelt. In der Hauptsache wird vielmehr eine kritische Sichtung der vielen, mit verschiedenartigen Methoden erhobenen Befunde zur Frage der Diabetikerpersönlichkeit vorgenommen. Diese Fragestellung wird zuerst aus der Blickrichtung der psychoanalytischen Kasuistik gesehen, dann unter psychiatrischen Gesichtspunkten und zuletzt in Form einer Zitierung testpsychologischer Befunderhebungen. Das Eheleben resp. die sexuelle Entwicklung der Diabetiker werden zur Sprache kommen, desgleichen deren Beziehungen zur Umwelt. Es folgt die Betrachtung der den Diabetes möglicherweise auslösenden psychosozialen Umstände. Es wird dann versucht zu prüfen, inwie-

weit die obig genannten Diabeteskonzepte mit dem Stand der heutigen somatischen Forschung vereinbar sein könnten. Die Arzt-Patienten-Beziehung und die psychotherapeutischen Maßnahmen für Diabetiker runden diese Arbeit ab. Am Schluß wird versucht, Vergleichsuntersuchungen zwischen Diabetikern und anders Erkrankten resp. Gesunden zu nennen ebenso wie Unterschiede im Diabetikerkollektiv selbst herausgearbeitet werden sollen. Eine Gesamtzusammenfassung wird diese Arbeit abschließen.

II. DIE PERSÖNLICHKEIT DES DIABETIKERS

A. Tiefenpsychologische Arbeitsergebnisse

1) Die Diabetikerpersönlichkeit aus der Sicht der entwicklungspsychologischen Phasenlehre

In diesem Kapitel soll versucht werden, die Persönlichkeit des Diabetikers v.a. unter dem Gesichtspunkt der prämorbiden Persönlichkeitsstruktur zu erfassen. Zunächst wird dargestellt, in welchen Entwicklungsphasen nach Durchsicht der Literatur die für Diabetiker typischen psychoneurotischen Störungen gesetzt werden. In einem zweiten Abschnitt werden getrennt für Juvenile und Altersdiabetiker Fallbeispiele referiert, wobei nur jene Autoren hier Würdigung finden sollen, die auch grundsätzliche Vorstellungen darüber entwickelt haben, wie die diabetische Erkrankung und die dargestellten neurotischen Konflikte ursächlich zusammenhängen können.
Ganz spärlich gesät sind Hinweise auf Störungen in der Entwicklung späterer Diabetiker in der sensorischen Phase (dazu grundsätzlich RIEMANN, 1978). SLAWSON (1963 a) und vor ihm PETRITZER/FOSTER (1955) geben nur Andeutungen von schizoiden Strukturanteilen der von ihnen ansonsten ausführlicher beschriebenen Diabetiker Juveniler Prägung. Erwähnt werden muß auch RUDOLF (1970) mit seiner Schilderung einer schizophren erkrankten (Juvenilen) Diabetikerin (siehe auch psychiatrisches Kapitel).
Schon breitgestreuter sind dann die Hinweise auf eine gestörte Entwicklung in der nächstfolgenden Entwicklungsphase, der oralen.

So nennen STEIN/CHARLES (1975) offenbar instinktunsichere Mütter, die jedes Babyschreien nur als Hungeräußerung interpretieren können (z.B. auch Ansatzpunkt einer psychogenen Fettsucht). Die gleichen Autoren beschreiben auch die Unsicherheit der Mütter, einzuschätzen, ob das Kind nach der Fütterung nun satt ist oder nicht. Zu erwähnen ist, daß genau jene Mütter ihre Kinder von Anfang an nur zweispältig erleben konnten, da sie unerwünscht waren.
RAYCHAUDHURY (1958) sieht eine orale Versagung seines Patienten bedingt durch seinen gefrässigen Bruder, der bis ins zweite Lebensjahr zusätzlich gestillt wurde.
JOCHMUS (1971) berichtet in mehreren Beispielen vom Essen als beständigem Kampf, was in einem Fallbericht durch die Beschreibung einer oral vergewaltigenden Mutter konkretisiert wird. Wenngleich nicht sicher, steht doch zu vermuten, daß zunehmende Betrügereien in einer anderen Kasuistik von JOCHMUS (1974) auf neurotische Gehemmtheiten bei gleichzeitiger partieller Enthemmung (Triebdurchbruch) der Patientin im oralem Sektor zurückzuführen sind (siehe grundsätzlich hierzu: A.DÖHRSSEN, 1969). Einen weiteren Beleg liefert auch REINDELL (1976), der einem Diabetiker Störungen im oralen Bereich nach Art einer Sucht (Medikamentenabhängigkeit: Fortral) attestieren muß.
Bei HONG/HOLMES (1973) ist es angesichts zahlreicher oraler Verwöhnungserlebnisse (z.B. Fleischspeisen) im Patienten zu einer unbewußten Gleichsetzung von mütterlicher Liebe und Fleisch gekommen. Eine unmütterliche und fordernde "väterliche" Welt bar jeder Verwöhnung führt in ihm später zur (temporären) Diabetesmanifestation.
LEVY/CLARK (1973) berichten von einem geradezu zwanghaft anmutendem Ess- und Trinkbedürfnis ihres Dia-

betikers im Erwachsenenalter.
Zuletzt sei noch ELHARDT (1964) genannt, der schildert, wie der von ihm analysierte Diabetiker sich eine (orale) Ersatzmutter in Form eines Lebensmittelgeschäftes aufbaute, das ihm einerseits zwar stets zur Verfügung stand, andererseits ihn aber zunehmend seiner Freiheit beraubte, womit er sich unbewußt ein Abbild seiner Mutterbeziehung schuf.

Erstaunlicherweise lassen sich wenige direkte Belege für eine Schädigung der Diabetiker in der nächstfolgenden Phase gewinnen, der motorisch-aggressiven, verbunden mit den Erlebniskategorien der Sauberkeitserziehung.
Einzig SCHWIDDER (1951) berichtet verallgemeinert über die Brechung des "analen Rückgrates" (zitiert nach ELHARDT, 1976) mit der Folge einer Obergefügigkeit, die er als beispielhaft für sämtliche von ihm untersuchte Patienten mit Juvenilen Diabetes (N=12) ansieht.
Im ausführlich dargestellten Fallbeispiel von RAY-CHAUDHURY (1958) läßt sich ein indirekter Beleg für die Hemmung im motorisch- aggressiven Bereich finden; bei diesem Diabetiker findet sich der Hinweis auf die Myopie, die dem Patienten nur die Wahl gelassen habe, zu Hause zu bleiben und auf Expansion zu verzichten.
RUDOLF (1970) weist auf die nur langsame (sprach-) motorische Entwicklung und eine verfrühte, forcierte Sauberkeitserziehung der später schizophren erkrankten Diabetikerin hin.
In der Arbeit von STEINHAUSEN/BÖRNER (1978) fällt den Autoren selbst nicht auf, daß die Eltern überwiegend von einer fehlenden oder - seltener - von einer problemlosen Trotzphase ihres diabetischen Kindes sprechen.

Die ödipale Phase kann bei allgemein betonter, vorangegangener oraler Fixierung der späteren Diabetiker auf ihre Mütter naturgemäß nicht ohne Schwierigkeiten durchlaufen werden. Alle nachfolgenden Zitate betonen bzw. verdeutlichen diesen Zusammenhang und lassen zusätzlich die oft problematische Rolle des Vaters deutlich werden. Erwähnt wird die Mobilisierung der Kastrationsangst des 15-jährigen Billy in jenem Moment, da er zusammen mit seiner Mutter auf der gemeinsamen Flucht vor einem prügelnden Vater ein neues Heim bezieht (SLAWSON, 1963 a).
Bei PETRITZER/FOSTER (1955) ist es ein alkoholabhängiger Vater, der den Buben in die Identifikation und Dyade mit der Mutter treibt bzw. darin fixiert. Es resultiert ein weiblich identifizierter Narziß, der am Leben der Umwelt nicht teilnimmt.
LEVY/CLARK (1973) berichten über ihren Fall eines Diabetikers mit hartnäckigen Kopfschmerzen, daß dieser eine geradezu ungewöhnliche Mutter-Kind-Beziehung gehabt habe und noch nach ihrem Tod z.B. in Form von täglichen Friedhofsbesuchen unterhielt. Das mit der Mutter ursprünglich geteilte Schicksal, nämlich von einem alkoholisierten Vater geschlagen zu werden und das zusätzliche Erlebnis, der Liebling Mamas zu sein, brachte ihn zu lebenslanger Fixierung an seine Mutter.
Etwas anders verlief das Auftreten des Vaters für einen Buben im Bericht SCHWIDDERS (1951); auf die erste Enttäuschung durch den von der Mutter ihm vorgezogenen kleineren Bruders hin kommt dann der Vater aus dem Krieg zurück und läßt ihn erleben, wie bei ungebrochener Zuneigung des Bubens zur Mutter jene sich doch dem Vater zuwendet. Die Enttäuschung und die zu vermutende starke Aggression wurden zunächst im unmäßigen Essen zu beschwichtigen gesucht. Schon kurze Zeit später entwickelte sich ein Diabetes.

Wir haben hier also mehrere Beispiele, in denen aus der ödipalen Konfliktsituation nicht etwa eine männliche Identifikation des Buben resultiert, sondern eine Fixierung an die Mutter. Eine zweite Variante der ungelösten ödipalen Problematik zeigt sich u.a. in jener Wahnbildung, wie sie RUDOLF (1970) schildert; in diesem Wahn bildet sich bei einer knapp 20-jährigen Diabetikerin sowohl eine inzestuöse Vaterbeziehung ab wie auch noch eine psycho-sexuelle Identitätsstörung i.S. einer androgynen Omnipotenzvorstellung.
Hierzu muß auch ELHARDT (1964) erwähnt werden, der ja bei seinem analysierten Diabetiker ebenfalls androgyne Omnipotenzphantasien festgestellt und diese als Ausdruck sexueller Undifferenziertheit wertet.
Eine dritte Variante gestörter psychosexueller Identitätsbildung betonen KÄMMERER/REINDELL (1976) und SIEVERS (1963). Es wird nämlich aus ihren Beispielen deutlich, wie sehr die Auseinandersetzung mit dem Vater i.S. eines Hin- und Herschwankens zwischen vaterhassender Oppositionshaltung und latenter homosexueller Obergefügigkeit die spätere Zielrichtung aggressiver Äußerungen mit gleichgearteter Unentschiedenheit zwischen Auflehnung und resignativen Sich-Fügen bestimmen kann (vgl. besonders SIEVERS, 1963).

Wie ist es schließlich mit Erleben und Ausleben von Aggressionen bestellt? Es sind schon Andeutungen zu diesem Aspekt gemacht worden, zur Verdeutlichung werden hierzu noch einige Zitate angeführt. Bei jenem von Kopfschmerzen geplagten Diabetiker (LEVY/CLARK, 1973) glauben die ihn interviewenden Ärzte, daß er unbewußt empfundene Aggressionen mit Tötungsabsichten gleichsetze, daraufhin aber mit Selbstbestrafung reagiere; dieses geschehe dann u.a. durch maßloses Essen und Trinken,als deren Folge der Diabetes entgleise bzw. in Form jener Kopfschmerzen. Wobei der hämmernde Kopf-

schmerz des Genannten mitdeterminiert ist durch Identifikation mit dem Bruder, der ein gleiches Symptom als Folge einer Commotio aufwies. Es liegt also eine Konversionssymptomatik vor (der Verfasser).

Von SLAWSON (1963) wird ein ähnlicher Hinweis auf Selbstbestrafungstendenzen gegeben; sein Patient Billy wurde nach längerer Karenz von sonst dauernd wiederholten ketoacidotischen Entgleisungen rückfällig in genau jenem Moment, da der Behandler für ihn selbst unerwartet 14 Tage verreisen mußte. Wesentlich früher als nach der Rückkehr vereinbart befand sich der Patient nicht im üblichen Behandlungszimmer, sondern im Notfallraum wegen einer Acidose. Der Autor fühlte, er würde in einem auf die Probe gestellt und bestraft. Andererseits hatte er schon von früher her den Eindruck, als wolle der Patient immer dadurch gegen eine ihn enttäuschende Welt protestieren, daß der Diabetes rezidivierend entgleiste.

Ähnliches berichten auch MINUCHIN/BARCAI (1972). Sie stellen in der Therapieform der therapeutisch induzierten Familienkrise fest, daß die Tochter Julie deswegen wiederholte ketoacidotische Entgleisungen erlitt, da sie sich in den Familiensitzungen, wie auch im Alltagsleben nie durchsetzen konnte. Erst die von den Therapeuten verlangte liebevolle Akzeptanz der Tochter seitens ihrer Eltern konnte die Zahl der Ketoacidosen drastisch reduzieren, anders formuliert, der Kehrung der Aggression nach innen gegen sich selbst Einhalt gebieten.

Bei DANIELS (1959) zeigt der von ihm geschilderte Diabeteskranke einen steten Wechsel zwischen übertrieben - unreif dargestellter männlicher Aggression und nachfolgender schamvoller und kindlicher Gefügig-

keitshaltung.
Bei ROSS (1970), noch mehr aber bei SCHWIDDER (1951) schließlich wird die eigentümliche Einschränkung von Aggression durch die übermächtigen Bedürfnisse nach passiv erlebter Zuwendung deutlich.

Somit ergibt sich zusammengefaßt relativ einheitlich ein Defizit aggressiver Selbstentfaltung und Durchsetzung bei Diabetikern, die ihre diesbezüglichen Entwicklungsmöglichkeiten der lebenslang gewünschten, passiven Abhängigkeit vorzugsweise von der Mutter opfern.

Nach diesen Ausführungen von Konfliktthematiken bzw. Entwicklungsstörungen eines Diabetikers, wie sie in der verfügbaren Literatur herausgearbeitet wurden, soll vor Abschluß dieses Teilkapitels noch in kurzen Sätzen die typische Entwicklungslinie bei den hier vor allem genannten Juvenilen Diabetikern zusammenfassend skizziert werden:
Es fällt eine Elternbeziehung auf, die - aus Gründen der Verwöhnung, aber auch der Versagung - vom Kind her durch eine Fixierung auf die gegengeschlechtliche, v.a. mütterliche Bezugsperson gekennzeichnet ist. Diese Abhängigkeit vom Liebe nicht ausreichend gewährenden Objekt macht es schwierig, daß der spätere Diabetiker eine altersentsprechende, z.B. motorisch-aggressive Entwicklung durchläuft.
Verstärkt werden kann die Elternabhängigkeit noch durch Geschwister, die aus vielerlei Gründen die elterliche Liebe mehr zu genießen scheinen. Erst recht verstärkt wird diese Fixierung v.a. bei Buben durch Väter, deren Gewalttätigkeit (etwa unter Alkohol) oder andere, wenig symphatische Eigenschaften eine männliche Identifikation erschweren oder gar unmög-

lich machen. Eine entsprechende Konstellation für Mädchen wird nur einmal (LEVINE, 1976/1977) beschrieben.

Die - triebdynamisch gesehen - orale Fixierung mit allen oben beschriebenen Verstärkermechanismen läßt die Diabetiker scheitern am Verlassen des ödipalen Dreiecks. Eine psychosexuelle Identität als Mann oder Frau ist darum bei diesen Kranken zumeist nicht anzutreffen. Binnengelenkte Aggressionen, androgyne Omnipotenzphantasien, pathologisch enge Elternbeziehungen und Wechsel von latenter Homosexualität mit Protesthaltungen gegenüber väterlicher Autorität markieren defizitäre sexuelle und aggressive Lebensmöglichkeiten. Das vielfach so genannnte "makro"-psychologische Bild eines Diabetikers mit seinem Schwanken zwischen Autonomie- und Abhängigkeitsstreben scheint somit vorwiegend nicht krankheitsdependent zu sein.

In Ergänzung zu diesen Ausführungen sollen noch Eigentümlichkeiten in der Entwicklung von Altersdiabetikern geschildert werden; die - spärliche - Literatur ist nicht über die Systematisierungsversuche von CREMERIUS hinausgekommen.

CREMERIUS (1956a, b und 1957) resümiert die Ergebnisse von an Altersdiabetikern durchgeführten tiefenpsychologischen Explorationen und gibt sie folgendermaßen wieder: Mütter aus dem depressiven, zwanghaften und hysterischen Formenkreis fixieren ihre Kinder in der oralen Phase infolge Verwöhnungs- (= häufig) oder Versagungserlebnissen (= seltener). Zumeist werden diese Mütter erst in der ödipalen Phase zu einschneidend versagend, was die Kinder auf die orale Phase zu regredieren zwingt. Das sehe dann später so aus, daß diese Patienten stets essen, wenn sexuelle und/oder aggressive

Wünsche in ihnen auftauchten und Angst auslösten. Das erkläre auch, daß deren Verlangen nach Essen etwas Süchtiges und Dranghaftes habe, weil ja als Motor quasi kein Hungergefühl, sondern zumeist eine kompensatorische Eßlust vorliege, deren Befriedigung freilich das Gegenteil von Zufriedenheit, nämlich Unbehagen, ja sogar deutliche Schuldgefühle auslöse.
Umgekehrt sei ja auch das Essen keine eigentliche Befriedigung des eigentlichen Wunsches, da dieser ja anderer Natur sei. Ergo blieben die Patienten ungesättigt, was wohl einen zusätzlichen Grund für das dranghafte Essen-Wollen darstelle. Es gelinge auch nicht, durch Essen angstfrei zu werden; relativ große Ausmaße frei flottierender Angst blieben im Unterschied zu den nur fettsüchtigen Patienten (mit vollständiger Angstbindung) ungebunden bestehen.
Wenn die gleichen Patienten ihrer Versuchung nicht nachgäben oder nachgeben könnten (Diät!), wären nahezu ausnahmslos nachlassendes Interesse an der Welt, Apathie, mürrische Gereiztheit sowie sexuelle Inappetanz die Folge. Es würde also eine Depression ausgelöst, die freilich nicht nur äußere Umstände zur Voraussetzung hätte. Sie könnte ebenso gut durch den Verlust all jener Objekte zustande gekommen sein, die der jeweilige Patient zu seiner Sicherung und Angstbindung sich zu eigen zu machen versucht hatte; seinen Ehepartner, seine berufliche Stellung u.s.w..
Den depressiven Zügen der vom Autor untersuchten Patienten lag demnach immer ein gleichgearteter Strukturanteil zugrunde, von dem die Freßsucht mit darauffolgender Fettsucht nur einen Aspekt darstellte.
Das zusätzlich anzutreffende paranoide Mißtrauen der Untersuchten hatte immer schon befriedigende mit-

menschliche Bezüge sehr erschwert. Würden die Mitmenschen dank Mißtrauen und zufolge massiver Projektionen eigener aggressiver Impulse schließlich nur noch als feindselig erlebt, könnte es zu Kampfstimmungen kommen, die das vorherige Freß- und Fettsucht-Gleichgewicht umkippen ließen mit der Folge der Diabetesmanifestation (CREMERIUS, 1956a, b und 1957).

Vergleicht man zuletzt noch Alters- und Juvenile Diabetiker hinsichtlich ihrer prämorbiden Struktur, so lassen sich folgende Unterschiede nennen.
Wenn man vom Beispiel RUDOLFS absieht (kindliche Adipositas), so erscheint bei der Gruppe der Altersdiabetiker lange Zeit ein Symptom der depressiven Struktur, nämlich die Hyperphagie, das seelische Äquilibrium vor einer Diabetesmanifestation aufrecht erhalten zu können.
Viel Essen ist zwar offensichtlich beiden Gruppen als Ersatz für nicht gelebte Bedürfnisse geläufig. Freßsucht führt bei Juvenilen Diabetikern aber nicht zur lange vorbestehenden Adipositas, sondern zur Diabetesentgleisung.
Es ist nicht die Aufgabe dieser Arbeit, somatische Aspekte zu bemühen. Ein wesentlicher Unterschied könnte vielmehr psychologisch darin liegen, daß der Altersdiabetiker besser orales Zugreifen gelernt hat als der Juvenile Diabetiker. Hierzu wäre ELHARDT (1964) zu nennen, der - auf Analysematerial gestützt - feststellt, daß bei seinem Analysanden das selbständige orale Zugreifen von der Angst vor dem Verlust aggressiv-motorischen Möglichkeiten bedroht ist.
Ein zweiter wesentlicher Unterschied liegt eventuell darin, daß die Angst beim Juvenilen Diabetiker nicht so leicht gebunden werden kann. Es wird zwar auch für

den Altersdiabetiker gesagt, daß immer Angst frei bzw. ungebunden bleibt. Offenbar ist aber die orale Angstbeschwichtigungsstrategie doch noch erfolgreicher. Wir müssen annehmen, daß die früheren Entwicklungsstörungen beim Diabetiker Juvenilen Zuschnitts mehr Konfliktmaterial und mehr Angst hervorrufen bzw. das schwächere Ich fragile Abwehrmechanismen zur Verfügung hat. Dementsprechend kann man also durchaus annehmen, daß Juvenile Diabetiker massiver und frühzeitiger in ihrer Entwicklung gestört worden sind, also wohl noch vor der oralen Phase. Hinweise auf eine schizoid-depressive Mischstruktur ihrer Patienten finden sich ja bei RUDOLF, SLAWSON, PETRITZER/FOSTER und können eventuell auch aus der Darstellung von DANIELS und auch ELHARDTS entnommen werden.
Es läßt sich also der Unterschied abschließend noch einmal so formulieren: Juvenile Diabetiker sind vermutlich in ihrer Entwicklung früher und massiver gestört (strukturell eher schizoid-depressiv) und weisen mehr ungebundene Angst auf, die sie fehlender Entwicklungsmöglichkeiten wegen nicht in Form kompensatorischer Ersatzbefriedigung abbinden können (Arbeitshypothese).

2) Tiefenpsychologische Kasuistik

Im zweiten Teil dieses Kapitels werden drei Fallbeispiele dargestellt; zunächst von ELHARDT bezüglich eines Diabetikers vom Juvenilen Typ (1964).

Es handelt sich bei ihm um einen 35-jährigen Lebensmittelkaufmann. Ihm werden vom Autor Störungen in nahe-

zu allen Entwicklungsphasen attestiert. So wird von einer Mißachtung des Eigenrhythmus seitens einer dominanten Mutter berichtet, dessen Nichtbeachtung im Säuglingsalter zu schizoiden Zügen des Erwachsenen geführt habe. Für die orale Phase wird das Nebeneinander riesengroßer oraler Wünsche mit schwerer Hemmung unbekümmerten Zugreifens genannt. In Träumen wird von Seiten des Patienten wiederholt ein Entweder - Oder zwischen oraler Befriedigung in einem Gefängnis oder Expansion unter der Vorstellung des darauf folgenden Existenzverlustes thematisiert. Sinnbild für die Kindheit des Diabetikers blieb ihm der "Marterstuhl"; gemeint war das Babystühlchen, in dem der Patient gefüttert wurde, nicht jedoch selbst zufassen durfte, das er nur in dem Moment verlassen konnte, wenn er in's Töpfchen gemacht hatte.
Auch in der späteren Entwicklung blieb dieser Diabetiker Gefangener der zu Hause regierenden Mutter; zwar lernte er schwimmen, basteln etc., jedoch nur unter den Vorbehalten, daß der Junge tat, was bzw. wie die Mutter es wollte. Offenbar konnte die Mutter nicht zulassen, daß etwas geschah, was nicht von ihr initiiert worden war. Andererseits versuchte sie ihrem Sohn die ideale Mutter zu sein, schmeichelte sich ein, war vorwurfsvoll gekränkt, wenn ihr nicht von ihm jede innere Regung mitgeteilt wurde. Der Vater war offenbar sehr weich und überließ das Erziehungsfeld ganz der als phallisch bezeichneten Mutter. Ein inniger Kontakt zu seinen Kindern bestand offenbar nicht. Somit war niemand da, der die beiden Buben (der Bruder war 1 1/2 Jahre älter) aus dem regressiven Nestsog befreit hätte.
Nur auf eine Weise deutete sich u.a. in Träumen die

Möglichkeit an, scheinbar unbeschwert v.a. aggressive Impulse zu leben; nämlich im Auftrage Anderer: Im Leben war der Patient beim Fußballspielen Schiedsrichter, noch früher "Ordnungshüter" am Sandkasten, als Erwachsener dann Betriebsrat, der - im Auftrage - gegen die Firmenleitung aggressiv Interessen der Belegschaft vertreten konnte.

Bei Persistenz oral-passiver (Verwöhnungs-)Wünsche und fehlender Entwicklung reifer Aggressionsentfaltung entwickelte der Patient kompensatorische Autarkietendenzen; am besten wurde das in seiner Berufswahl erkennbar, indem er Milch- und Lebensmittelhändler wurde. Doch auch da blieb er abhängig, etwa von Kundenwünschen, hatte überdies zwar Nahrungsmittel in Hülle und Fülle, doch konnte er als späterer Diabetiker nur auf "Geheiß" der Diät und v.a. abhängig vom Insulin (60 bis 70 I.E./pro die) den Besitz auch einverleiben.
In der sexuellen Entwicklung zeigten sich in androgynenen Vorstellungen (z.B. Traum vom Zwittergenitale) ebenfalls die schon genannten Autarkievorstellungen, die aber vor allem auch als Kennzeichen einer fehlenden psychosexuellen Identität gelesen werden müssen.
In der Beziehung zum älteren Bruder lebten unentschieden nebeneinander das Werben um den Mächtigen (negativer Ödipuskomplex) und ein Haß auf ihn als dem Bevorrechtigten, der mit der Mutter nach dem Tod des Vaters das väterliche Geschäft weiterführte. In Träumen ist die sexuelle Aktivität hauptsächlich auf Voyeur- und Exhibitionstendenzen beschränkt.

Hinsichtlich der Abwehrmechanismen fallen vor allem die massiven Projektionen auf, mit denen die oral-

kaptativen resp. aggressiven Wünsche aus dem Erleben eliminiert, dann aber geradezu paranoisch-mißtrauisch an Anderen erkannt und bekämpft werden. Bei der Ich-Entwicklung werden v.a. zwei Äußerungen von Bedeutung; einmal solche, die eine Spaltung des Mutterbildes beinhalten, wobei das böse Mutterbild mit seiner Person verknüpft wurde; zum anderen solche, die das Gefühl einer Verweigerung seines Existenzrechtes seitens der Mutter zum Inhalt haben.
Die Diabetesmanifestation geschah in jenem Moment, da der Patient sich von seiner Mutter trennte, weil diese sein Eheleben durch ständige Einmischungsversuche störte. Die Schwiegereltern ermöglichten ihm dann den Ausbau seines Milchgeschäftes zu jenem Feinkostladen, der, wie erwähnt, orale Fülle bot, die der Patient und Diabetiker aber nur mit "Erlaubnis seines Insulins", also stark beschränkt, auskosten durfte.

In einem Resümee sieht ELHARDT zwei ätiologische Modellvorstellungen für die Diabetesentstehung bei seinem Patienten zutreffen; zum einen nimmt er für diesen chronifizierte Angstzustände an, die - in der Kindheit entstanden - für den Organismus auch später noch Anlaß zu Bereitstellungsreaktionen darstellten, die Kampf oder Flucht dienen. Eine dauernde Hyperglykämie bzw. Erhöhung von Adrenalin- bzw. ACTH-Spiegel könnten direkt oder indirekt (Insulinantagonismus) die Langerhans'schen Inselzellen erschöpft haben. Zum anderen sieht ELHARDT bei diesem Diabetiker (wie bei anderen auch) als Folge einer überdurchschnittlichen Verzahnung von Essen mit Liebe Belastungen immer unbewußt gleichgesetzt mit einem Liebesentzug (symbolischer Art). Im physiologischen Bereich reagiere der Organismus, als befände er sich im Hungerzustand. Es kom-

me zur Versorgung aus den eigenen Reserven. Die real selbstverständlich zu sich genommene Nahrung könne diesen organismischen Hunger nicht stillen. Dieser Hungerstoffwechsel wird vom Autor - gestützt auf ältere biochemische Untersuchungen - mit dem diabetischen durchaus als vergleichbar aufgefaßt.
In nur einem einzigen Fallbeispiel (vgl. RUDOLF, 1970,s. psychiatrische Kasuistik) ist ähnlich sorgfältig der Versuch gemacht worden, Kasuistik mit theoretischen Modellvorstellungen zu verbinden. Ergänzend kann noch angefügt werden, daß keine hereditäre Belastung bei dem Patienten ELHARDTS vorlag, eine psycho-physiologische vielleicht in jenem Sinne, als er eine Frühgeburt darstellte und somit besonders störbar war in der ersten, der symbiotischen Lebensphase (vgl. MAHLER, 1978).

Im zweiten Fallbeispiel wird ein Altersdiabetiker auf dem indischen Kontinent (RAYCHAUDHURY, 1958) beschrieben.

Bei ihm war ein Diabetes eines Onkels und eines Cousins bekannt. Nach einer normalen Geburt wird von diesem Autor als erstes kindliches Mangelerlebnis seines Patienten die ungenügende Brustnahrung hervorgehoben; schuld sei der etwas ältere Bruder gewesen, der - ebenfalls noch brustgenährt - die nur für ein Kind reichende Milchmenge dem kleineren Bruder buchstäblich weggesogen habe. Von Anfang an behinderte den späteren Diabetiker seine erhebliche Kurzsichtigkeit; sie band ihn an das vorwiegend mütterlich erlebte Zuhause. Mehrere, später geborene Kinder starben zudem nach ihrer Geburt, so daß die Eltern sich ganz auf die verbleibenden zwei Kinder konzentrierten. Das verstärkte

sich noch, als der ältere Bruder sich sehr früh in Untergrundaktivitäten gegen die damalige englische Besatzungsmacht verstrickte, wobei er durch den Anschluß an eine Gruppe virulenter Aufständischer wiederholt in Lebensgefahr kam. Der jüngere Bruder wurde dann - in seiner Expansion ohnehin seines Augenleidens wegen behindert - buchstäblich an's Elternhaus gefesselt.
Wohl kompensatorisch zu fehlenden altersentsprechenden Entwicklungsmöglichkeiten zeigte er als Schüler und später als Student hervorragende Erfolge. Eine Auszeichnung wechselte die andere ab. Er hatte sich dabei zu einem gefräßigen Leser entwickelt. Die eigenständigen wissenschaftlichen Beiträge fielen jedoch bescheiden aus; in ihnen jagte er einem fast unerreichbar erscheinendem Ideal der Perfektion nach, konnte zudem sich nie auf einen einzigen Forschungsgegenstand konzentrieren, sondern verzettelte seine Energie in mehreren Vorhaben.
Diese also eher mindergewichtigen wissenschaftlichen Beiträge (in einem leider nicht genannten Studienfach) waren es, die eine sofortige berufliche Karriere nicht ganz einfach machten. Obendrein hätte er zudem in der Großstadt bleiben und mit Konkurrenten rivalisieren müssen. Das aber wollte er nicht; den Konkurrenzkampf hielt er für ungesund, die Sorgen und Ängste für schon genug, die er schon während seiner Ausbildung bei einem für einen Hindu damals ungewöhnlichen Ausbildungsweg hatte ertragen müssen. Er kehrte in seine ländliche Heimat zurück, genauer, in die elterliche Wohnung der Mutter (der Vater war gestorben). Hier genoß er das von ihm erwartete Prestige (,das er in der Großstadt nicht zu erhalten glaubte), geriet andererseits jedoch aus Mangel an

ihm ebenbürtigen Kontakt in die Isolation. Als ihm diese immer schmerzlicher bewußt geworden war, verhinderten Oberbauchschmerzen funktioneller Art das Verlassen des Hauses.
Diese Situation änderte sich, als eine seiner Studentinnen ihn heiratete; sie tat das aus Bewunderung für ihn, aus dem Wunsch heraus, für ihn da zu sein bzw. sich für ihn aufzuopfern; er hingegen heiratete, um eine mütterliche Gefährtin zu besitzen, die ihm das Leben kurzweiliger gestalten könnte und ihm zur Hand sein würde. Nach wenigen Ehejahren war dann auch aus dem Ehemann ein abhängiges Kind, aus der Ehefrau eine besorgt-aufmerksame Mutter geworden. Beide fühlten sich zunächst in ihren Rollen wohl. Einschränkend muß nach RAYCHAUDHURY in Betracht gezogen werden, daß es für einen Hindu keine Schande ist, ein Leben lang in Abhängigkeit (z.B. etwa von seinen Eltern) zu leben; in seinem Fall aber wurde dem Patienten zunehmend seine Kleinkindhaftigkeit bewußt und mit massiven Schuldgefühlen belegt, ohne daß er sich zu Veränderungen entschließen konnte. 1947 erlebte er die Teilung Indiens; jetzt, da er als Hindu in einen Moslemstaat (Pakistan) kam, durfte unter Gefahr für Leib und Leben kein aggressiver Ton gegen die nunmehr zweite Fremdherrschaft geäußert werden. Drei Jahre später brachen unvermittelt Pogrome gegen die Hinduminderheit aus; nur mit Glück gelang es dem Patienten, unter Zurücklassung seiner wertvollen Bibliothek zusammen mit seiner Frau nach Indien zu fliehen. Aber selbst in der ersehnten (Hindu-)Heimat befand sich der Patient in Dauerangst, denn die Flüchtlinge wurden als unliebsame Bürde bzw. Konkurrenz gesehen. In diesem Augenblick, da also das ersehnte, Sicherheit gewährende Heimatland die

auf es gesetzten Erwartungen nachhaltig enttäuscht hatte, umgekehrt der Patient aus dieser mißlichen Situation nicht entweichen konnte, entwickelte sich ein Diabetes. Jahre zuvor schon war er stark übergewichtig geworden.

RAYCHAUDHURY sieht für diese Diabetesentstehung folgende psychologische Konstellation als ursächlich wirksam an: Zunächst die chronische Angst eines Zu-kurz-Kommens, die - in mehr oder weniger sublimer Form - über viel Essen und viel-Haben-Wollen beschwichtigt zu werden schien, andererseits aber zu lebenslanger Abhängigkeit von Ruhe und Sicherheit spendenden Objekten geführt hatte; der Mutter, der Ehefrau, der Bibliothek etc. Die z.T. als schmerzlich erlebte kindliche Abhängigkeit hatte auch in diesem Fall zu einer Reaktionsbildung i.S. von Autarkiebestrebungen geführt, die darin gipfelten, daß dieser Diabetiker nur dann etwas annehmen zu können vermeinte, wenn er es so bald wie möglich (zumindest symbolisch) wiedererstatten konnte.
Andererseits waren dem Patienten nicht die Ausbildungsmöglichkeiten reifer Aggression gegeben worden, wobei die Myopie wohl nur einer unter vielen Hinderungsgründen war. Aggression war nur über Identifikation mit dem hierin tüchtigeren älteren Bruder möglich. Aus kulturellen und individuellen Gründen war schließlich ein starkes Ober-Ich in dem Patienten etabliert, das sich in mannigfaltigen Strafbedürfnissen z.B. wegen Kinderlosigkeit der Ehe und gespürter kleinkindhafter Abhängigkeit von der Ehefrau kundtat. Der Diabetes und die durch ihn gegebene Reglementierung der Lebensweise konnten die virulenten Schuldgefühle durchaus befriedigen.

Wenn man zusätzlich die von CREMERIUS gegebene, für Altersdiabetiker typische Lebenslinie (s.o.) mit dieser Fallbeschreibung vergleicht, so lassen sich ohne Schwierigkeit Ähnlichkeiten herauslesen; wir finden wieder die orale Fixierung, diesmal aus Gründen des Mangels, fehlende aggressive/sexuelle Entfaltungsmöglichkeiten mit der Folge kompensatorischen Vielessens, das Umkippen des Freß- und Fettsuchtgleichgewichtes im Moment der Existenzangst, ausgelöst hier durch eine reale und nicht nur projektiv erlebte Gefahr.
Weitere Falldarstellungen liegen für Altersdiabetiker nicht vor. Für solche Juvenilen Zuschnitts wird noch auf die Analysebeschreibung LEVINES (1976/1977) im Kapitel: Einzeltherapie verwiesen.

Das hier gewählte, dritte und letzte Fallbeispiel beleuchtet die Geschichte eines koreanischen Patienten mit transitorischem Diabetes (HONG/HOLMES, 1973).

Der spätere Patient wurde als das mittlere von insgesamt drei Kindern in einer kleineren südkoreanischen Stadt geboren. Der Vater war Regierungsbeamter und wurde als ruhig, in sich zurückgezogen und v.a. sparsam in seinen Gefühlsäußerungen beschrieben. Die Mutter hingegen war zum Sohn geradezu devot, einschmeichelnd und übernachgiebig. Wie in seiner Heimat üblich, wurde er den beiden Schwestern gegenüber vorgezogen. Ein weiterer Grund hierfür scheint jedoch lebensgeschichtlich verankert zu sein; für die Mutter war es der zweite Eheschluß, hatte sie doch ihren ersten Mann nebst Sohn verlassen und dann keine Anstalten gemacht, diese wieder-

zusehen. Die Autoren sprechen hierbei von einem Wiedergutmachungszwang, der zur Verwöhnung ihres Patienten geführt habe.
Diese war nun vorwiegend oral getönt. Der Patient erinnert sich, daß die Mutter wieder und wieder für die Kinder, ganz besonders aber für ihn, das Beste vom Essen herausgesucht und serviert hatte. Er selbst war hierin sehr wählerisch gewesen, scheint für sich selbst nur das Beste, v.a. aber Fleisch ausbedungen zu haben. Gab es dieses einmal nicht, verfiel das ganze Essen seiner Ablehnung, sehr zum Kummer der leicht erpreßbaren Mutter. Erst in höherem Alter, mit Beginn des Collegebesuches ekelte es ihn plötzlich gleichermaßen vor Fleisch wie vor der untertänig erwiesenen mütterlichen Liebe und Verwöhnung.
Nach dem Schulabschluß studierte der Patient zunächst Medizin; anschließend war er drei Jahre Arzt bei der koreanischen Luftwaffe. Jedes Wochenende verbrachte er in dieser Zeit im elterlichen Zuhause.
Dann entschloß er sich, 27-jährig, zur weiteren medizinischen Fortbildung in die USA zu gehen. In der Mutter löste er eine schwere Depression aus; in ihrem Abschiedsbrief äußerte sie die Befürchtung, zu sterben, bevor sie ihn wiedersehen könnte. Er selbst fühlte sich vor seinem Weggang selbstzufrieden, aber auch beruflich bisher sehr erfolgreich und diesbezüglich voller Selbstvertrauen. Bei der vor der Einreise vorgenommenen körperlichen Untersuchung stellte sich bei einer (von drei) Urinproben eine angedeutete Glucosurie heraus, auf die aber niemand achtete.
Kaum in den Vereinigten Staaten, empfand sich der Patient mit einem Schlag als "mutterseelenallein", unfähig zur Kontaktaufnahme und medizinisch längst

nicht so kompetent, wie er sich das vorgestellt hatte. Sprachschwierigkeiten machten ihn in seiner Sehweise zu einem Kind, das erst mühsam sich richtig zu verhalten lernen müsse. Insgesamt beschrieb er seinen anfänglichen Zustand als zur Hälfte den eines Traumes und zur anderen Hälfte als den eines Wachzustandes. Angst, Hilflosigkeit und Unsicherheit in der Selbsteinschätzung führten zuerst zum Erlahmen des sexuellen Interesses, dann zu Schlafstörungen, schließlich zur Diabetesmanifestation. Die beiden Autoren interpretieren den Wegzug des jungen Mannes in die USA als einen Akt selbstgesuchter Befreiung von seiner über die Maßen ihm zugetanen Mutter. Diese endete vorläufig im Erleben eines kulturellen "Schocks". Das größere Trauma dürfte jedoch nicht in der realen Trennung von der Mutter gelegen haben, sondern im Vorfinden einer fordernden, kritischen und somit ganz und gar unmütterlichen neuen Welt. Diese nicht mehr verwöhnende Welt führte zum Verlust der Selbstsicherheit, die den jungen Mediziner zunächst unter dem Niveau seiner realen Fähigkeiten arbeiten ließ. Im ersten Jahr in Amerika aß der Patient im übrigen Unmengen von Fleisch, oft ohne weitere Beilage. Erst als er die ersten Bestätigungen seines zunehmenden beruflichen Könnens am Arbeitsplatz gewann und dann seine Verlobte aus Korea zu ihm zog, kamen Humor und Selbstvertrauen des Patienten wieder zurück, unterbrochen freilich durch einen Arbeitsplatz- und Ortswechsel. Im Verlauf der folgenden drei Jahre konnte der Diabetiker zunehmend in der Sprache seines neuen Heimatlandes reden und denken lernen. Mit zunehmendem Wohlgefühl verschwanden der unmäßige Fleischverzehr, gleichzeitig auch die diabetischen Symptome. Hervorzuheben ist noch, daß in der Familie des Dia-

betikers kein Diabetes nachzuweisen war.

Auch ohne Bestätigung seitens der Autoren ist hier die Möglichkeit einer Bestätigung jener psychosomatischen Diabeteskonzepte gegeben, wie sie ELHARDT (1964) im Anschluß an seine Falldarstellung für den darin geschilderten Diabetiker für möglich gesehen hat. Auch hier liegt eine wohl überdurchschnittliche Verzahnung zwischen mütterlicher Liebe und (Fleisch-) Speisen vor. Der - vom Patienten wohl nur teilweise so gewollte - Verlust an Mütterlichkeit konnte trotz Inkorporation mütterlicher Äquivalente in Form von Fleisch einen mehrjährigen Hungerstoffwechsel erzeugen. Daneben darf von einem erheblichen Betrag chronischer und nur sehr allmählich abgebauter Angst ausgegangen werden, der als zweite ätiologische Komponente in Betracht gezogen werden muß. Zunehmender Angstabbau und möglicherweise auch eine mehr und mehr vertraut-mütterlich werdende Welt ließen die diabetischen Symptome verschwinden.
Es sei an dieser Stelle eingeräumt, daß die hier genannten Diabeteskonzepte für sich genommen nicht unumstritten sind bzw. Widerspruch erregen können. Weitere Ausführungen hierzu sind in einem eigenständigen Kapitel zusammengefaßt. Hier kam es darauf an, zu zeigen, in welchem theoretischen Bezugsrahmen die erwähnten Fallbeispiele stehen (können). Und an Hand längerer Kasuistiken zu demonstrieren, wie sich die vorher besprochenen Entwicklungslinien bei Diabetikern konkretisieren lassen. Daß der hier verwendete Bezugsrahmen psychologischer wie somatischer Diabeteserklärung im Wandel begriffen ist, sei zwar angemerkt, aber hier zunächst nicht näher erörtert.

B. Psychiatrische Forschungsergebnisse

1) Ergebnisse aus Kasuistiken und Obersichtsarbeiten

Unter diesem Unterkapitel werden Arbeiten vorgestellt, die sich mit Fragen nach formalen und inhaltlichen Gemeinsamkeiten zwischen Diabetes, Schizophrenie und Cyclothymie befassen.

Den Fall einer jugendlichen schizophrenen Patientin mit Diabetes schildert G.RUDOLF (1970). Seine Darstellung wird v.a. deswegen hier aufgegriffen, weil aus ihr inhaltliche Berührungspunkte zwischen beiden Erkrankungen hervorgehen.
Die Patientin wurde im 8. Lebensjahr Diabetikerin und hatte ab ihrem 20. Lebensjahr psychotische Erlebnisse, welche eine neuroleptische Therapie erforderten. Die Mutter wurde von der Patientin als die dominierende Persönlichkeit beschrieben, die sehr energisch wirkte. Den Vater sah sie als nüchternen Buchhaltertyp, der obendrein sehr verschlossen und fast als nicht allein lebenstüchtig empfunden wurde. Er litt unter einem leichten Altersdiabetes.
Die Patientin wurde in einem Luftschutzkeller geboren, wo sie auch das erste Lebensjahr zubrachte; die Mutter befand sich damals in einem Zustand der Verzweiflung, der sie nicht immer auf das Kind achten ließ. Für die weitere Entwicklung des Kindes war eine verfrühte Sauberkeitsgewöhnung, eine sehr spät einsetzende (sprach-)motorische Entwicklung und ein äußerst zurückhaltendes Kontaktverhalten charakteristisch. Den Vater empfand das Kind als fremd, gefährlich und als spät (im 4.Lbj.) gekommenen Eindringling, mit dem es um die Gunst der Mutter ringen mußte.

Die Erziehung des Kindes war in der Baptistenfamilie, in der es als 2. Kind aufwuchs, sehr stark religiös betont; von früher her erinnerte Erziehungsmaximen ("Du sollst nicht ...") beinhalteten Ehrfurcht vor den Eltern und - indirekt - eine Hemmung der gegen die Eltern gerichteten Aggressivität.
Ab dem fünften Lebensjahr war das Mädchen stark übergewichtig. Im gleichen Jahr lernte es lesen.
Drei Jahre später bekam es von der Mutter Geld, um mit der Straßenbahn zur Freundin zu fahren. Die Patientin kaufte statt dessen Süßigkeiten, ging zu Fuß und wurde unterwegs von einem Mann zu sexuellen Spielereien verführt. Schimpfende Eltern holten sie von der Polizeiwache ab. Das Mädchen gelobte - tief erschrocken - den absoluten Verzicht auf Süßigkeiten!
Einige Zeit später manifestierte sich ein insulinbedürftiger Diabetes; anfänglicher Komplikationen in Form hypoglykämischer Schocks wegen gab die Patientin die Kontakte zu Schulkameraden auf, nahm an Ausflügen nicht mehr teil, blieb zu Hause und las dort resp. lernte verschiedene Musikinstrumente spielen.
Als sie später erste Freundschaften mit Jungen schloß, verbot ihr diese die Mutter, um sie vor sexueller Verführung zu bewahren. Daraufhin zeigte die Patientin Schulschwierigkeiten, begann manieriert zu sprechen und sich verkrampft zu bewegen. Diese Auffälligkeiten besserten sich unter einer 1/2-jährigen ambulanten Psychotherapie (bis auf die Sprechweise).
Nach Abitur und einem Haushaltsjahr entschloß sich die Patientin 20-jährig zu einem Theologiestudium.
Die schizophrenen Manifestationen ereigneten sich zwei Mal nach einer von den Eltern verfügten Unterbringung der Patientin in ein Diabetikerheim; ebenfalls zwei Mal gingen ihnen zerbrochene Freundschaften

zu jeweils einem Mann voraus.
Aus dem von der Patientin geäußerten Wahnmaterial wurde zum einen eine infantile Sexualtheorie deutlich, in der die Patientin Süßessen (Diätsünde) mit Dickwerden und beides mit Schwangerschaft assoziierte.
Aus anderen, nicht minder wichtigen psychotischen Äußerungen wurde der ödipale Wunsch ersichtlich, wonach die Patientin von ihrem Vater als Geliebten geschwängert werden wollte.
Schließlich zeigte sie sich derart sexuell undifferenziert, daß sie sich in der Psychose einen Doppelnamen (und -identität) als Ausdruck einer androgynen Identität zulegte.
Nach RUDOLF ergaben sich an Hand dieses Fallbeispieles drei wichtige Berührungspunkte zwischen dem Diabetes und der schizophrenen Psychose allgemein:

a) Ich-Schwäche, Neigung zur Regression, unbefriedigtes, intensiv erlebtes Liebesbedürfnis sowie ambivalent erlebte Abhängigkeit kennzeichne Präpsychotiker genauso wie Prädiabetiker.
b) Paranoide Züge von zum Teil Psychosenähe seien auch Diabetikern, vor allem Juvenilen, zueigen.
c) Die Problematik einer Loslösung von einer ambivalent empfundenen Mutter-Kind-Beziehung zugunsten einer sexuellen Partnerschaft von Erwachsenen bringe für Diabetiker wie Schizophrene eine Krisensituation mit sich.

Nach RUDOLF seien aber nicht nur in diesem einen Fall beide Erkrankungen aus der geschilderten Primärpersönlichkeit hervorgegangen; unter Verweis auf die ihm zur Verfügung stehende Diabetesliteratur sieht er obige drei Berührungspunkte als grundsätzliche Gemeinsamkeiten beider Krankheiten bzw. Krankheitsver-

treter (zum grundsätzlichen tiefenpsychologischen Psychoseverständnis vgl. z.B. CROWCROFT, 1978). Im übrigen hält er alle drei psychosomatischen Diabeteskonzepte (Liebesverlust mit der Folge eines chronischen Hungerzustandes = Diabetes; Freß- und Fettsucht als Vorläufer einer Diabeteserkrankung; Erschöpfung des Inselzellenapparates als Folge chronischer unbewußter Angst) als auf sein Fallbeispiel übertragbar.

In weiteren Veröffentlichungen ist der Frage nach inhaltlichen Berührungspunkten zwischen Diabetes und Schizophrenie nicht mehr nachgegangen worden.
In der Arbeit DURFEE'S (1965) wird die Umstellung einer streng kalorienbilanzierten Diät auf eine freie Kostwahl als die von einem Psychiater veranlaßte entscheidende Maßnahme zur Besserung der Diabetesführung eines langjährig Schizophrenen beschrieben. Die Kostwahl ad Libitum wird aber auch als Ursache einer Besserung der klinisch-psychiatrischen Symptomatik des als verwahrlost beschriebenen Mannes bezeichnet.
Von LORENZEN/REMUIG (1957) wird die Remission eines Diabetes und der schizophrenen Psychose unter konsequenter neuroleptischer Behandlung (mit Chlorpromazin) dargestellt, nachdem eine vorausgegangene subkomatöse Insulintherapie Jahre zuvor (als der Patient noch keinen Diabetes aufwies) kaum Erfolg gezeitigt hatte (die letztgenannte Behandlungsform wird unter besonderer Indikationsstellung wieder empfohlen, vgl. LANGEN, 1964).
JOLIFF/CRAIG (1967) schließlich erwähnen eine an sich seltene Erkrankung, den lipoatrophischen Diabetes, in einer Farbigenfamilie; implizite sprechen sie von der

nicht vererblichen, autosomal-rezessiven Variante dieser Erkrankung, für die nach JAHNKE (1975) bisher noch keine sichere ätiologische Erklärung gefunden wurde.

In einigen mehr epidemiologisch angelegten Arbeiten wurde der Frage nachgegangen, wie häufig der Diabetes überhaupt bei schizophren Erkrankten vorkommt.
EHRENTHEIL (1955) sieht auf Grund diesbezüglicher Nachforschungen an zwei Krankenhäusern in Massachusetts/USA und Ontario/Kanada keinen gehäuften Anteil von Diabetikern im Krankengut Schizophrener.
FALSTEIN/JUDAS (1955) zitieren in ihrem kasuistischen Beitrag ältere Literatur (MENNINGER, KASIN, ROSEN/LIDZ), in der eine uneinheitliche, nicht verallgemeinerungsfähige Prozentzahl von Diabetikern eine Schizophrenie aufwiesen.
WINKELMAYER (1962) erarbeitete statistisch eine aus methodischen Gründen jedoch anzweifelbare Häufung von Diabetikern in einer Unterpopulation paranoider Schizophrener.
RUDOLF (1970) endlich betont die unterschiedlichen Manifestationszeitpunkte beider Erkrankungen, weswegen die Quote zu erwartender schizophren Erkrankter mit Diabetes deutlich niedriger angesetzt werden müsse als der Anteil von Diabetikern an der Gesamtbevölkerung.
Auch die zeitliche Beziehung zwischen beiden Erkrankungen wurde in der Diabetesliteratur thematisiert.
DURFEE (1965) und LORENZEN/REMUIG (1957) berichten vom zeitlichen Vorangehen der Psychose dem Diabetes gegenüber.
Bei RUDOLF (1970) verhält es sich in der Reihenfolge umgekehrt. Der Autor sieht BLEULER (1954) mit seiner

Auffassung, wonach der Diabetes so viel seelische Energie binde, daß nach seiner Manifestation eine Psychose nicht mehr auftreten könne, widerlegt. Er hält dafür, daß die diabetische Erkrankung sehr rasch somatisiere und daher sehr wenig psychische Energie binde - ganz im Gegensatz zu genuinen psychosomatischen Erkrankungen.

Zusammengefaßt kann aus den vorliegenden Arbeiten - und unter Vorwegnahme uneinheitlicher psychophysiologischer Arbeitsergebnisse - nur der Schluß gezogen werden, daß behauptete formale bzw. inhaltliche Gemeinsamkeiten zwischen Diabetes und Schizophrenie noch empirischer Bestätigung harren.
Keineswegs besser ist das vorliegende kasuistische Material, das man zur Klärung der Frage nach analogen Zusammenhängen zwischen Diabetes und Erkrankungen aus dem manisch-depressiven Formenkreis heranziehen kann. KAPLAN und Mitarbeiter (1960) berichten über die Wirkung des ersten, etwa ab 1957 eingesetzten Thymoleptikums (Imipramin) an zwei Diabetikerinnen mit Depression (nicht näher qualifiziert).
Bei der ersten Patientin war der Diabetes vor der Depression aufgetreten und hatte einen Vorläufer in der ebenfalls diabetisch erkrankten Mutter. Die Depression war auf den Tod der Mutter zurückzuführen und hatte ein derartiges Ausmaß erreicht, daß die Patientin wegen zunehmender Verwahrlosung polizeilich in ein psychiatrisches Krankenhaus eingeliefert werden mußte.
Im zweiten Fall hatte der Diabetes knapp 30 Jahre gedauert, bis eine spätere ausgeprägte Depression zur Hospitalisation der 63-jährigen Patientin zwang. Körperliche Erschöpfungssymtome und eine depressiv-ver-

zweifelte Stimmungslage knapp ein Jahr nach dem Tod der Mutter wurden mit Imipramin rasch gebessert. Indirekt kam es dadurch auch zu einer sehr erwünschten günstigeren Stoffwechseleinstellung, wodurch der Diabetes allein diätetisch reguliert werden konnte. Die beiden Fallberichte könnten die obig zitierte Auffassung RUDOLFS stützen, wonach der Diabetes nicht so viel psychische Energie binde, daß nach seinem Auftreten nicht mehr mit dem Auftreten einer neurotischen Symptomatik oder gar einer Psychose zu rechnen sei. Für das Krankheitsbild der Depression bzw. der Cyclothymie fehlen aber hierzu weitere klinische Berichte, um die hier mehrfach genannte Frage näher klären zu können.

In der älteren Diabetesliteratur wurde sehr häufig eine ganz allgemeine Verknüpfung des Diabetes mit der Depression gesehen. SAVAGE (1891) sah unter Diabetikern nur Melancholiker; BOND (1895) immerhin bei einem Viertel der stationär aufgenommenen Diabetiker eine Depression. KOOY (1919) vermerkte überrascht das häufige Zusammentreffen von Glucosurie und depressiven Zuständen. DANIELS (1936) bezeichnete die Depression als eine bedeutende Komplikation des Stoffwechselleidens, die er bei 10 von 23 Diabetikern registrieren konnte (sämtliche Ausführungen nach SLAWSON et al., 1963a). SLAWSON et al. (1963a, b) selbst sehen in der Acidose, der diabetischen Stoffwechselentgleisung, das Äquivalent der Depression.

Auch vom Standpunkt der mehr inhaltlichen Verknüpfung beider Erkrankungen haben sich schon einmal Übereinstimmungen herausarbeiten lassen. CREMERIUS (1956) sieht unter Verweis auf DUC (1952) nicht nur eine von

diesem Autor herausgearbeitete zahlenmäßige Beziehung zwischen Diabetes und paranoid-depressiven Syndromen. Seiner Meinung nach sei ein ausgeprägt depressiver Strukturanteil hinsichtlich der psychiatrischen Erkrankung immer das Primäre. Hauptsächlich die Freß- mit konsekutiver Fettsucht als depressives Symptom könne über Jahre hinweg das seelische Gleichgewicht bei den späteren Diabetikern aufrechterhalten. Von der Depression zum Diabetes führe die paranoide Komponente dann, wenn durch Mißtrauen der präsumptive Diabetiker die Umwelt im Verhältnis zu sich zunehmend feindselig gestimmt habe, so daß er sich realer Feindseligkeiten in "symphatikotoner Angst- und Kampfstimmung" zu erwehren habe. In jenem Moment entwickelt er seine diabetischen Symptome.
Der umgekehrte Weg vom Diabetes in die Depression werde beobachtet, wenn - wie im Krieg oder unter Diätobservanz - aus verschiedenen Gründen die Lebensmittel knapp würden. Oder aber wenn Sicherungsobjekte wie ein Mitmensch, Geld oder eine berufliche Stellung wegfielen. Die Stoffwechselbesserung sei begleitet von einer mürrisch-gereizten Stimmung, Apathie und allgemeinem Desinteresse.
Leider sind zu diesen Ausführungen - schon erwähnt im kasuistischen Kapitel - keine späteren Überprüfungen erfolgt, weswegen - in Analogie zu den Ausführungen zu Diabetes und Schizophrenie - aus heutiger Sicht nur bemerkt werden kann, daß hier ein in der Zukunft noch bearbeitungsbedürftiges Thema vorliegt.

Zusammenfassend ist also - vom Gesichtspunkt der hier zitierten Arbeiten aus - in keiner Weise die

Frage einer mehr als nur fraglich statistisch feststellbaren Koinzidenz zwischen Diabetes und einem der großen psychiatrischen Krankheitsbilder befriedigend beantwortet werden. Die bisher vorgelegten Befunde, die für Gemeinsamkeiten der diabetischen, depressiven und schizophrenen Primärpersönlichkeit sprechen, haben keine bestätigende oder relativierend-kritische Würdigung erfahren. Hinweise, wonach unter neuroleptischer bzw. thymoleptischer Behandlung auch eine Diabetesremission bzw. -besserung erzielt worden sei (LORENZEN/REMUIG, KAPLAN), hätten die - hypothetische - Auffassung vom Diabetes als einem - teilreversiblen - Epiphänomen einer Psychose begründen können. Auch der umgekehrten Frage nach eventuellen nicht durch den Diabetes gebundenen affektiven Zuständen, die nach seinem Auftreten später eine Psychose ermöglichen bzw. organisieren, wurde bisher keine Aufmerksamkeit geschenkt.

Abschließend seien summarisch Arbeiten erwähnt, die das Thema Selbstmord von Diabetikern ventilieren (BLOTNER, 1954, MARTIN et al., 1977), schließlich noch Ausführungen über alkoholkranke Diabetiker (FISCHER/DOLGER, 1946) und zuletzt noch Anmerkungen von STEARNS (1959) zu autoaggressivem Verhalten diabeteserkrankter Patienten, das von diesem Autor als typisch für diese erachtet wird.
Die an sich interessante Frage, warum bei einigen Diabetikern der "native Triebdurchbruch" in Form von Vielessen noch begleitet ist vom Alkoholtrinken (siehe auch LEVY/CLARK, 1973) bzw. von der Kleptomanie (bei DURFEE, 1965), kann mangelnder biographischer Angaben wegen nicht beantwortet werden.

Es sei noch erwähnt, daß CONRAD (1957) den aus der älteren Literatur stammenden Terminus der "Diabetespsychose" mit Falldarstellungen neu zu beleben versuchte. Die paralyseähnliche Symptomatik bei diesem nach mehrjähriger Diabetesdauer entstehenden Krankheitsbild soll sich bei strikter Befolgung vorgeschriebener Diätregeln bessern. Bei nicht erwähnter Verlaufskontrolle konnte der behauptete Erfolg allerdings nur bei einem der drei geschilderten Patienten nachvollzogen werden.
Am Rande sei noch BUSCH (1960) erwähnt, der über einen Diabetiker mit wahnhaften Ungezieferbefall berichtet. Zur Darstellung kommt hierbei eine körperlich begründbare Psychose (vgl. SCHULTE/TÖLLE, 1973, H.H.WIECK, 1977) i.S. eines hirnorganischen Schadens als Diabetesfolge.

2) Psychophysiologische Arbeitsergebnisse

Psychophysiologische Forschung im Zusammenhang mit dem Diabetes ist - historisch gesehen - zunächst von der Arbeitsgruppe um HINKLE (vgl. HINKLE/WOLF, 1952) betrieben worden. Schwerpunktmäßig halten sie fest, daß bei Gesunden wie bei Diabetikern jede Situation eine Ketonämie hervorriefe, in welcher die persönliche Sicherheit direkt oder symbolisch bedroht sei. Zwischen Gesunden und Stoffwechselerkrankten bestünde lediglich quantitativ ein Unterschied mit schwererem Ausprägungsgrad bei Diabetikern. Klinische Dimensionen könne man im übrigen durch Stimulusdauer von mehreren Stunden erreichen.

Eine weitere spezifische Korrelation konnte von den Genannten auch zwischen Angst (und Besorgnis) und Diurese gefunden werden, wobei die Diurese unabhängig vom Ausmaß der Glucosurie, ja sogar vom eventuellen Vorhandensein einer Harnzuckerausscheidung überhaupt auftrat. Bei weiteren Untersuchungen konnte festgestellt werden, daß trotz hoher BZ-Werte und starker Glucosurie Diabetiker dann keine Polyurie und konsektiven Durst entwickelten, wenn sie sich entspannt und angstfrei fühlten. Schließlich zeigten Fallbeobachtungen, daß niedrige BZ-Werte (20 bis 40mg%) nicht notwendigerweise Schocksymptome hervorriefen, auch wenn zusätzlich noch Insulin injiziert wurde. Ein letztes Ergebnis dieser experimentellen Arbeiten war schließlich der Befund, daß Vereinsamungs- und Traurigkeitsgefühle zuweilen mit einer verminderten Glucosetoleranz verbunden sein können (zitiert nach HOSE et al., 1955).
Die hier genannten, auf experimenteller Forschung beruhenden Arbeitsergebnisse sind in den folgenden Jahren nicht mehr reproduziert, sondern nur referiert worden (vgl. KÖNIGS, 1957). Spätere Arbeiten haben zumeist die - veränderte - Zielsetzung einer Korrelationssetzung zwischen Glucosetoleranz und einem der großen psychiatrischen Krankheitsbilder: Schizophrenie und Cydothymie zum Inhalt.
Mitunter wurden auch klinisch-psychologische Zustandsbeschreibungen mit pathophysiologischen Parametern zu korrelieren gesucht (KONDO, 1969).

a) DIEBOLD (1976) sieht einen Durchschnittswert von 82mg% Glucose bei der Nüchternblutbestimmung bei Depressiven (endogenen D., Involutions-D.) als signifi-

kant erhöht an im Vergleich zu Werten von 75,5mg% bei einer Neurotiker- und 74,7mg% bei einer Schizophrenengruppe von jeweils 100 Testpersonen nach vorheriger Aussonderung von manifest diabetisch Erkrankten. Das gruppendifferente Ergebnis interpretiert er als Hinweis auf eine bei Depressiven beginnenden Störung der Glucoseverwertung und als Feinsymptom der psychiatrischen Erkrankung.
Als Unterstützung für seine Auffassung zitiert DIEBOLD eine Arbeit von GUTSCHE (1975), wonach der Nüchternblutzucker bei nichtdiabetischen Personen bei durchschnittlich 73mg% liege, bei Diabetikern hingegen bei 96mg%.
Die in der älteren Literatur von DUC (1952, siehe bei CREMERIUS, 1956a) nachgewiesene erhöhte Diabetesfrequenz bei Melancholikern (v.a. bei der damals sog. Untergruppe der "Paranoia sensitiva mit depressiven Einschlag") hat PRYCE (1958a - 1958b) zu zwei Veröffentlichungen veranlaßt, welche die Beziehung zwischen Depression und Glucosetoleranz überprüfen sollten.
Es ergaben sich aber widersprüchliche Resultate: Einerseits konnte eine verminderte KH-Toleranz bei den neurotisch wie psychotisch Depressiven festgestellt werden. Andererseits wurde trotz klinischer Besserung der Depression bei einem zweiten Kollektiv depressiv Erkrankter keine Besserung der (unverändert) geminderten KH-Toleranz registriert. Aus statistischen Gründen können die genannten Untersuchungen zudem als nicht beweiskräftig angesehen werden.
VAN DER VELDE/GORDON (1969) befaßten sich mit der KH-Toleranz bei manisch-depressiven Patienten. Sie wiesen eine gestörte Zuckertoleranz bei ca. 40% dieser im übrigen ausnahmslos über 40 Jahre alten Pa-

tienten nach. Die Autoren lehnen es ab, eine Hypothese über die Korrelierbarkeit dieses Befundes mit einem bestimmten affektiven Zustand zu machen, da zum Zeitpunkt der Untersuchung Patienten mit teils manischen, teils depressiven Zustandsbild erfaßt worden seien.

b) Sehr viel länger zurück liegen vereinzelte Forschungsergebnisse, welche die Frage nach Zusammenhängen zwischen Störungen des Zuckerstoffwechsels mit den Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises zu beantworten suchen.
ALDRICH (1948) stellte an Hand des früher gebräuchlichen EXTON-ROSE-VERFAHRENS bei 64 von 1o2 schizophren erkrankten amerikanischen Soldaten (Durchschnittsalter um 25!) eine gestörte KH-Toleranz fest. Dieses Ergebnis wurde zu Beginn einer antipsychotischen Behandlung ermittelt und war nicht mit dem klinischen Schweregrad oder einer besonderen affektiven Verfassung der Untersuchten korrelierbar. Sechs Jahre später aber widerlegte FREEMAN (mit Mitarbeitern, 1954) mit einer parenteralen Glucosegabe bei Schizophrenen die bis dahin unangefochtene Hypothese, wonach Schizophrene eine verminderte KH-Toleranz aufwiesen.
BRACELAND (1945) hingegen vermutete eine veränderte Insulinkinetik bei Schizophrenen mit der Folge eines rascheren Glucoseabfalls.

c) Auch die Frage, ob psychische Störungen überhaupt mit einer reduzierten Kohlenhydrattoleranz einhergehen können, hat Interesse hervorgerufen.
FREEMAN (mit wechselnden Mitarbeitern, 1950a, 1950b)

sah eine Assoziation zwischen einer freilich vage definierten chronischen "Konfliktspannung" und verzögerter Glucoseverwertung, in einer zweiten Arbeit eine Verbindung zwischen diversen psychiatrischen Erkrankungen und Glucosetoleranzstörungen.
PHAEHLER/RÖSSLER (1964) schließlich sahen größere Ich-Stärke (getestet mit der EGO-STRENGTH-SCALE, s. RÖSSLER et al., 1963) bzw. einen daraus erklärten geringen Ausprägungsgrad von Abwehrmechanismen als Ursache eines schneller erreichten und zugleich höheren maximalen Glucosewertes nach intravenöser Zuckergabe.
Die in den zuletzt genannten drei Arbeiten implizite vorliegende Grundannahme war jeweils wohl die, daß die Ich-Stärke stärkere Ausschläge im Stoffwechselgeschehen zulasse, aber auch für eine raschere Normalisierung kurzfristiger Stoffwechselveränderungen sorge. Umgekehrt würde beim Vorliegen chronifizierter Konfliktspannungen resp. Angst eine verzögerte Zuckerassimilation nachzuweisen sein, was jedoch einmal nur experimentell zu belegen versucht wurde, WELLNER (1969) schließlich war überrascht, daß bei hypnotisch induzierten Gefühlen der Angst, des Zorns u. ä. Emotionen, die Diabetiker wie auch die Nichtdiabetiker nüchtern wie postprandial keine unterschiedlichen Blutzuckerwerte zeigten.

Die Problematik solcher Arbeiten, wie sie sich insbesondere bei den noch zu erwähneneden Arbeiten über die Kinetik der Freien Fettsäuren zeigt, besteht in zu vereinfachten Hypothesen. Die typische Grundannahme, wonach bewußtseinsfähige bzw. der Verbalisation zugängliche Emotionen gerade jene seien, die auch die

chronifizierten Konflikte psychosomatisch Erkrankter auslösten resp. unterhielten, ist doch sehr anfechtbar. Nichts anderes gilt für jene Oberzeugung, wonach man ein an sich komplexes Geschehen wie die Angst unter Außerachtlassung von Begleitaffekten in ein sozusagen chemisch definiertes Verhältnis von 1:1 auf ein somatisches (Begleit-) Geschehen beziehen dürfte. Bestreitbar ist schließlich jene Denkvoraussetzung, derzufolge man prinzipiell bei experimenteller Stresserzeugung von der Persönlichkeit der Probanden absehen und die hierbei provozierten Affekte also persönlichkeitsneutral sehen könne. Alles das sind implizite gemachte Grundannahmen, die nur sehr schwer einleuchten und den Wert solcher Arbeiten einschneidend reduzieren.

d) Obgleich mit dem nämlichen Manko behaftet, seien noch kurz Arbeiten neueren Datums genannt, die sich mit Veränderungen im Fettstoffwechsel befassen.
Im Unterschied zu den Meinungen GANONGS (1971) und BAKER/BARCAIS (1970), wonach die FFS-Bestimmungen in erster Linie in klinischem Bezug zur Diabetesfrüherkennung bzw. zur koronaren Herzerkrankung stünden, haben die meisten der zu zitierenden Forscher Bezüge von Fettsäurespiegelveränderungen zu psychologischen Parametern versucht.
Die Konfrontation von Medizinstudenten mit ihren persönlichen Schwierigkeiten (BOGNOFF et al., 1959), eine mündliche Abschlußprüfung (BOGDONOFF et al., 1960), Angst vor einem chirurgischen Eingriff (CARDON/GORDON, 1959), Angst und Aggressivität (GOTTSCHALK et al., 1965), eine nach Akkordbedingungen aufgebaute, simulierte Arbeitssituation (CARLSON, LEVI, ORÖ,

1968), die Wiedererinnerung an eine unangenehme Lebenssituation bzw. die Angst vor repetitiven Stromstößen (VANDERBERGH et al., 1966, 1967) waren die Experimentalbedingungen. Schließlich wurde vergleichend noch die Auswirkung sozialer Vertrautheit bei Interaktionen von einander bekannter bzw. unbekannter Personen auf die Kinetik der FFS untersucht (BOGDONOFF et al., 1964).

Vor allem die - unter verschiedenen Umständen - zum Vorschein gekommene Angst erwies sich als ein erfolgreicher Stimulus für einen Anstieg der Freien Fettsäuren (bestimmt nach der Methode von DOLE, siehe DOLE, 1956). Im weiteren ist der Befund des Anstieges des FFS-Spiegels bei Abnahme des Blutzuckers bei den diabetischen bzw. bei unveränderter Höhe des Blutzuckers bei den stoffwechselgesunden Probanden hervorzuheben, der jedoch nicht einhellig reproduziert wurde. Zusätzlich von Bedeutung könnte der Nachweis häufig erhöhter FFS-Spiegel in Ruhe bei Patienten mit schwerer Depression sein (CARDON/MUELLER, 1966). Interessanterweise gelang AKERBLOM et al. (1972) ein Beziehungsnachweis von erhöhten STH-Spiegeln mit depressiver Stimmungslage bei Diabetikern.

Die klinische Relevanz dieser Untersuchungen könnte trotz der geäußerten Bedenken vielleicht in der zukünftigen Hypothesenbestätigung liegen, wonach am überschießenden FFS-Anstieg unter emotionaler Belastung die Gruppe der sogenannten "superlabilen", wiederholt ketoacidotisch entgleisenden Juvenilen Djabetiker identifiziert werden könnte (BAKER/BARCAI, 1970). Zusätzlich könnte ein Stoffwechselparameter identifiziert worden sein, der auch nicht körperliche Belastungssituationen zweifelsfrei anzuzeigen vermag. Und

zuletzt könnte auch ein klinisch-chemischer Parameter - unabhängig vom klinischen Urteil - gefunden worden sein, der manisches Getrieben- bzw. ängstliches Agitiertsein bei cyclothym Erkrankten anzeigt. Therapeutische Konsequenzen zogen BAKER/BARCAI in Form der Gabe von Betablockern zur - erfolgreichen - Normalisierung der Stoffwechselvorgänge bei jener von ihnen so identifizierten Untergruppe "superlabiler" (Juveniler) Diabetiker (1970).
Abschließend sei noch einmal angemerkt, daß auch die vorliegenden psychophysiologischen Arbeitsergebnisse keine entscheidende Hilfe bei der Suche nach Zusammenhängen zwischen Diabetes und Schizophrenie bzw. Depression anbieten.

C. Testpsychologische Befunde

Auch in diesem Kapitel soll vorher schon verfolgte Frage aufgeworfen werden, ob sich übereinstimmende Persönlichkeitsmerkmale für Diabetiker finden lassen und, wenn ja, ob sich diese mit jenen vergleichen lassen, die sich unter Auswertung der bisherigen Kasuistik ergeben haben. Zuvor soll jedoch auf einige Probleme dieser Art psychologischer Befunderhebung eingegangen werden.

1. Es dürfte wohl naiver und ungeprüfter Optimismus sein, zu behaupten, daß die testpsychologischen Befunde ohne weiteres eine Ergänzung anders gearteter Erkenntnisse, z. B. aus einem tiefenpsychologisch geführten Interview, darstellen. Wie noch darzustellen sein wird, sind jene jetzt zu referierenden Befunde viel zu allgemein gehalten, müßten also selbst erst einmal

präzisiert und somit erst klinisch verwertbar gemacht werden (zur grundsätzlichen Problematik der Objektivierung von Persönlichkeitshaltungen vgl. REY, 1977).

2. Es erscheint die Unbekümmertheit bedenklich, mit welcher die Technik der "matched pairs" zur Anwendung kommt. Die Tatsache, daß die zu untersuchende Population der Diabetiker praktisch immer die Kriterien zur Auswahl der Kontrollprobanden festlegt, bedeutet auch, daß die Vergleichspopulation ~~keines~~ allen falls per Zufall einen repräsentativen Ausschnitt aus der durch sie vertretenen Gesamtbevölkerung darstellen kann (siehe dazu IMMICH, 1974, Mc COLLOUGH, 1970, SCHUBÖ, 1973).

3. Häufig genug überwiegt bei den jetzt zu besprechenden Arbeiten die unüberprüfte Grundannahme, wonach erst mit der Diabetesmanifestation die somit als krankheitsdependent aufgefaßten psychopathologischen Auffälligkeiten der Untersuchten begännen. Damit entsteht sehr leicht der typische und häufige Zirkel einer "Self-fulfilling Prophecy", die selten als solche erkannt bzw. hinterfragt wurde.

4. Bedauerlicherweise wird auch bei den testpsychologischen Veröffentlichungen selten und - wenn überhaupt - dann nur kursorisch eine Auseinandersetzung mit den Arbeiten aus der Gruppe um HINKLE (z.B. 1952)

oder um ELHARDT/CREMERIUS (1955-1957) gesucht. Die dazu etwas wohlfeil klingende Kritik etwa bezüglich der Einseitigkeit und Subjektivität der tiefenpsychologischen Explorationsmethode ist schließlich nie von gleicher selbstkritischer Einstellung zu den eigenen, im übrigen durchaus nicht immer objektiveren Daten begleitet.

Unter diesen - zumindest in der vorliegenden Diabetesliteratur nicht selbstkritisch getroffenen - Einschränkungen sind nachfolgende Ausführungen zu verstehen. Wir wollen nun im einzelnen die mit den unterschiedlichen Methoden erhobenen Befunde referieren.

1. zur Persönlichkeit:
Nach dem GIESSEN-Test ergaben sich zumindest für die Diabetiker im Erwachsenenalter erhebliche Zweifel an ihrer Glaubwürdigkeit und an ihrer unkritisch in Anspruch genommenen, angeblich überdurchschnittlichlichen sozialen Potenz (LOHMANN et al., 1976). Wahrscheinlich ehrlicher stufen sich im gleichen Test Juvenile Diabetiker in ihrem Sozialverhalten ein, nämlich als mißtrauisch, verschlossen und retentiv (STEINHAUSEN/BÖRNER, 1978).

Der SCENCO-Test gestattet in der Anwendung ZIERLS (1954) eher einen Einblick in verschiedene problematische Eltern-Kind-Beziehungen.
Bei JOCHMUS (1971) wird bei einem knappen Drittel ihrer kindlichen Probanden die Intensität von Geborgenheitswünschen deutlich, die von der Autorin korreliert wird entweder mit einem kontrollierend-einengenden Erziehungs-

stil der Mütter oder mit deren ängstlich-inkonsequenter Führung ihrer diabetischen Kinder.

KELLNER (1957) erfaßt mit dem SZONDI-Test (vgl. grundsätzlich hierzu U.MOSER, 1954) zunächst über gehäuft nachweisbare zwangsneurotische und hysterische Züge eine allgemeine Neurotisierung bei jeweils 40 Juvenilen wie auch Alters-Diabetikern. Die Untergruppe der Juvenilen Diabetiker zeigte zudem gehäufte genitale Störungen, gleichzeitig Züge von Infantilität. Mehr als die Hälfte aller Probanden enthüllten das Syndrom der latenten Kleptomanie bzw. Dipsomanie. Zusätzliche Verdachtsmomente manifester oraler Sucht bei vielen Untersuchten veranlaßte KELLNER, eine erhebliche Bedeutung der gestörten Oralität für die Gesamtstruktur der Diabetiker anzunehmen. Für Juvenile Diabetiker sieht er eine Neurosestruktur mit paranoid-depressivem Kern als typisch an, für die Altersdiabetiker (nur) eine depressive Grundverfassung.

WÖLK (1958) untersuchte mit dem WARTEGG-Zeichentest (siehe dazu WARTEGG, 1954) ebenfalls jeweils 40 Juvenile wie auch Altersdiabetiker. Für erstere Gruppe sieht sie Störungen im oral-kaptativen Bereich und schizoide Züge als charakteristisch an. Für die Altersdiabetiker wird die Regression auf die oral-rezeptive Position als typisch angesehen, die nach ihren Ergebnissen aufgrund von Verwöhnungserlebnissen im oralen Sektor später als Fixierungsstelle bei Versagungen wirksam werde. Für alle Diabetiker konstatiert sie eine überschießende Motorik, die sie als Ventil für die gleichzeitig nachgewiesene gehemmmte Aggressivität interpretiert.

Für sämtliche Probanden sei auch eine ausgeprägte Selbstunsicherheit kennzeichnend gewesen, die als Ausdruck einer ausgeprägten Ich-Schwäche gesehen wird. Introversion und ausgesprochene Sachlichkeit ließen keinerlei Gefühlsentwicklung der Diabetiker an die Adresse der Außenwelt erwarten. Pedanterie, Exaktheit, Mißtrauen und geradezu paranoisches Beobachten seien weitere, überwiegend aus der analen Phase herrührende Abwehrhaltungen.

Es erscheint zusammengefaßt sehr plausibel, in den kurz referierten testpsychologischen Ergebnissen eine Bestätigung für die schon früher geäußerte Vermutung zu sehen, wonach Juvenile Diabetiker eher eine schizoid-depressive Mischstruktur, Altersdiabetiker hingegen eher eine depressive Neurosestruktur aufweisen. KELLNER (1957) sieht hinsichtlich ihrer Objektbeziehungen sämtliche Diabetiker durch die mangelhaft ausgeprägte Fähigkeit gekennzeichnet, ein Objekt als meinhaft zu erleben resp. mit ihm etwas anzufangen. Ständiges Suchen nach neuen Objekten nach vorheriger Entwertung der schon besessenen und Unfähigkeit zur Bindung ist die eine Folge, ein sich-Anklammern an ein sich versagendes Objekt seiner Meinung nach der zweite aus dieser Störung resultierende Effekt.

Nach Erwähnung jener Untersuchungsverfahren, die explizit der Psychoanalyse nahestehen, sollen als nächstes die projektiven Tests Erwähnung finden (Grundsätzlich dazu: VOGEL, 1977).
Mit dem BLACKY-PICTURE-Test untersuchte FÄLLSTRÖM (1974) 6-15 Jahre alte Diabetiker. Bei den Buben fanden sich im Vergleich zu den mituntersuchten gesunden

Gleichaltrigen sehr viel intensiver erlebte oral-passive Wünsche. Bei den Mädchen wurde mit diesem Test das Gefühl weitgehenden Desinteresses der Eltern an ihnen und die zusätzliche Wut auf die als bevorzugt erlebten Geschwister erfaßt.

Großer Beliebtheit erfreute sich in der Diabetesliteratur der RORSCHACH-TEST. CROWELL (1953) sah mit diesem Test bei einem Vergleich von Diabetikerkindern mit solchen mit rheumatischem Fieber keine Unterschiede hinsichtlich der festgestellten Angstqualitäten und ebenso wenig einen Unterschied hinsichtlich der von beiden Kinderpopulationen erreichten sozialen Anpassung. Auffallend waren bei verschiedenen Diabetikerpopulationen Stimmungslabilität der Untersuchten und eine mürrische Dauergereiztheit (SCHWEITZER, 1976, SWIFT/SEIDMAN/STEIN, 1967), die zunächst als psychisches Äquivalent häufiger Stoffwechselschwankungen imponierten.
Wie schon in anderen Tests, wurde auch mit dem RO die Diskrepanz zwischen oberflächlich unkomplizierten Kontaktverhalten und einem längerfristig deutlich werdenden Mangel an Phantasie und Spontaneität deutlich (FÄLLSTRÖM, 1974 JOHANNSEN/BENETT, 1955).
Schließlich ergaben sich mit diesem Verfahren mehrfache Hinweise auf einen bei Juvenilen Diabetikern anzutreffenden, bewußten Kampf gegen die eigenen Gefühle, vor allem Aggressionen, die zum Teil auch mit Projektionen abzuwehren versucht wurden (JOHANNSEN/BENETT, 1955, SCHWEITZER, 1976).
Die Beliebtheit des RORSCHACH ist nach STACKER (1978a) wohl am ehesten dem Umstand zu verdanken, daß er eine Explorationsmöglichkeit mit anderen Mitteln darstellt.

Hinsichtlich der Erfassung von Aggressivität dürfte sich seiner Meinung nach der RO am ehesten dazu eignen, Phantasieregungen aggressiver Art zu erfassen, nicht jedoch manifestes Verhalten.
Die an sich interessante Frage nach psychischer Körperrepräsentanz, die Mc CRAW/TUMA (1977) ebenfalls mit dem RORSCHACH zu bearbeiten gedachten, wurde von ihnen leider nur so pauschal in ihrem Ergebnis referiert, daß eine nähere Erörterung nicht möglich ist.

Der TAT enthüllte in der Anwendung von SCHWEITZER (1976) Äußerungen von "gestauter" Aggressivität, komplettiert mit häufigen Suizidgedanken. Bei kindlichen Probanden wurde mit seiner Hilfe bei JOCHMUS (1974) eine entweder ausschließlich oder überwiegend bedrohlich erlebte Umwelt faßbar.
Die im TAT gelegenen Möglichkeiten (vgl. STERN, 1953, SCHWEITZER, 1976, und STÄCKER, 1978b) wurden lediglich im Fallbeispiel RUDOLFS (1970) zur Darstellung gebracht (vgl. Kapitel: Psychiatrische Forschungsergebnisse).
Widersprüchliche Resultate ergeben sich aus der Anwendung des RPF (ROSENZWEIG-PICTURE-FRUSTRATION-Test, vgl. dazu H. HILTMANN, 1971); einerseits schienen diabetische Kinder auf Mißerfolge derart empfindlich gekränkt zu reagieren, daß sie in keiner Weise ihre Gefühle relativieren konnten und zugleich ihre reaktive Wut ungebremst auf die ihnen im Wege stehende Außenwelt richteten (JOHANNSEN/BENETT, 1955). Andererseits neigten diabetische Kinder dazu, die zu erwartende Wut angesichts ihres Scheiterns gar nicht zu erleben bzw. das offenbare Hindernis ent-

weder zu leugnen oder zumindest zu bagatellisieren (JOCHMUS, 1971). Wir sehen also einerseits alloplastisches, andererseits resignatives und eher autoplastisches Verhalten in der Literatur nachgewiesen. Ersteres könnten im übrigen Diabetiker mit Kindern mit psychischen Störungen überhaupt teilen (vgl. SZUDRA, 1966).
Als quasi projektives Verfahren ist noch JOCHMUS (1971) mit dem Aufsatzthema: "Heute ist alles erlaubt" zu nennen; ihre kindlichen Diabetiker reagierten auf diese Aufforderung mit Protokollen, in deren Vordergrund die Koppelung von Essen mit Enttäuschungserlebnissen, Angst, Schuld- und Isolationsgefühlen stand. Nicht selten wurde das in den Vordergrund gerückte, erlaubte Essen im Sinne eines Triebdurchbruches aufgefaßt.

Der vermutlich am häufigsten als sogenannntes "SCREENING-Verfahren" verwendete Test ist der MMPI (vgl. HÄCKER/SCHWENKMETZGER in R. SCHMID, 1978). Wir sind damit bei der Besprechung der Ergebnisse von Persönlichkeitsinventaren angelangt.
Trotz häufiger Anwendung des MMPI konnte mit ihm keine wesentliche Erkenntnis gewonnen werden, sieht man von der allerdings sehr allgemein gehaltenen Vermutung einer mehr als nur reaktiven Verbindung zwischen Depression und Diabetes einmal ab (vgl. MURAWSKI et al., 1970, SLAWSON/FLYNN/KOLLER, 1963). Häufig finden sich Arbeiten, aus denen Normalbefunde für die mit dem MMPI untersuchten Diabetiker hervorgehen (CROWELL, 1953, KOCH/MOLNAR, 1974, KUBANY/DANOWSKI/MOSES, 1956).
Die Vermutung einer Verbindung zwischen Diabetes und Depression muß im übrigen in dem größeren Zusammenhang gesehen werden, wonach chronische Erkrankungen über-

haupt mit testpsychologisch erhöhten Werten für eine Depression einhergehen (vgl. RUESCH, 1946 in SLAWSON et al., 1963a).

Entsprechend seiner engen Verwandtschaft mit dem MMPI ist der MAS von TAYLOR (1953) konzipiert worden. Im Zusammenhang mit Diabeteskranken ist dieser Test ohne differentes Ergebnis angewendet worden (vgl. CROWELL, 1953).
Mangelnde Trennschärfe dieses Tests zwischen Angst und Neurotizismus (vgl. EYSENCK, 1959) schränken die Anwendung dieses Tests wohl weitgehend ein.

Mit dem FREIBURGER PERSÖNLICHKEITSINVENTAR (FPI, vgl. FAHRENBERG, SELG, HAMPEL, 1973) konnte LOHMANN et al. (1976) bei Erwachsenen bzw. Altersdiabetikern eine Tendenz zum Reagieren im Sinne sozialer Erwünschtheit feststellen; deswegen seien Testantworten bei Diabetikern systematisch verzerrt, da ja deren Reaktion auf den Konformitätsdruck das Wahrnehmungsvermögen für die eigene Person beeinträchtige.

Mit dem 16-PF-Test (SIXTEEN-PERSONALITY-FACTOR-Test) wurden drei ganz unterschiedliche Diabetikerpopulationen untersucht.

Mit dem CPQ (Bearbeitung nach CATTELL, SEITZ und RAUSCHE, 1971 bzw. RAUSCHE, 1973) fanden STEINHAUSEN/BÖRNER (1978) eine größere Gespanntheit (Faktor D, siehe CATTELL, 1973) und eine vergleichsweise geringere Über-Ich-Stärke bei 9-17 Jahre alten Diabetikerkindern. Diese interpretieren sie einerseits als psychophysiologische Entsprechung von Blutzucker-

schwankungen, zum anderen als affektive Folge eingreifender Beschränkungen kindlicher Freiheit.
SANDERS/MILLS/MARTIN/DEL HORNE (1975) fanden bei Erwachsenendiabetikern mit 5- und mehrjähriger Krankheitsdauer mit der nämlichen Technik eine hohe Triebspannung, erhöhte Schuldneigung und Anfälligkeit für Neurotizismus heraus.
Aus der Arbeit STEINHAUSENS (1972) geht der zuletzt genannte Befund noch einmal hervor, eingegrenzt auf diabetische Mütter der Mittelschicht, ganz im Gegensatz zu einem Normalbefund bei nicht-diabetischen Müttern der gleichen Schicht. Als Gemeinsamkeit der beiden zuletzt genannten Untersuchungen ergibt sich im Sinne einer vorläufigen Hypothese die Unfähigkeit von Diabetikern zu ausreichender und realitätsgerechter Triebabfuhr mit der Einschränkung, daß sich diese Hypothese derzeit auf Angehörige der Mittelschicht beschränkt.

Mit dem letzten Persönlichkeitsinventar, dem MANNHEIMER BIOGRAFISCHEN INVENTAR, das in etwa identisch ist mit einem voll strukturierten Anamneseschema (vgl. JÄGER, 1973) hat GUTEZEIT (1974) einen für Diabetiker verhängnisvollen Zirkel feststellen können. Er wies eine überdurchschnittliche Unterstützung der Kinder seitens der Eltern nach, eine geringere Selbständigkeit, ja Passivität und zusätzlich die Tendenz der jugendlichen Diabetiker, vor Belastungen auszuweichen oder frühzeitig aufzugeben. Dieses Ergebnis steht teilweise auch in Übereinstimmung mit Resultaten des RPF.

Relativ häufig wurden Neurotizismus messende Inventare

angewendet (siehe grundsätzlich dazu: KESSLER/SCHMIDT, 1978). Hier sollen genannt werden der MMQ (= MAUDSLEY MEDICAL QUESTIONNAIRE, vgl. hierzu EYSENCK, 1953) in der Anwendung von STEINHAUSEN (1972), der MPI (= MAUDSLEY PERSONALITY INVENTORY, vgl. dazu EYSENCK, 1959) in der Anwendung von SAINSBURY (1964), der HANES in der Anwendung GUTEZEITS (1974) und einer Arbeit von STEINHAUSEN/BÖRNER (1978) und zuletzt der E-N-NR-Fragebogen nach BRENGELMANN J.B./BRENGELMANN L. (1960, s. dort). Mit diesen Verfahren ließ sich einheitlich bei Erwachsenen mit Diabetes ein überdurchschnittlich hoher Neurotizismuswert ermitteln.
Bei Untersuchungen hingegen, die an Kindern oder an einem gemischten Kollektiv (GUTEZEIT, STEINHAUSEN/BÖRNER, SCHWEITZER) durchgeführt wurden, ließen sich hinsichtlich des Neurotizismuswertes Kinder mit und ohne Diabetes nicht unterscheiden bzw. für Erwachsene und Jugendliche mit Diabetes keine erhöhte Anfälligkeit für Neurotizismus ermitteln. Kritisch muß hinzugefügt werden, daß in jüngster Zeit Beschwerdelisten in den Vordergrund gerückt sind, die offensichtlich leichter diesen Neurotizismus zu messen vermögen. Als Beispiel hierfür sei die Arbeit LOHMANNS und Mitarbeiter angeführt, in der die FREIBURGER BESCHWERDELISTE (vgl. FAHRENBERG, 1975) im Gegensatz zu einem Normalwerte messenden Persönlichkeitsinventar Neurotizismus der untersuchten Diabetiker feststellen konnte.
Bestätigt wird damit indirekt von ZERSSENS Urteil (1971), wonach die Beschwerdeliste als Messinstrument deswegen geeigneter sei, den Neurotizismus der Untersuchten zu erfassen, weil in ihnen der sonst für den Untersuchten spürbare Zwang zur sozialen Erwünschtheit wegfalle.

Kritisch zu bemerken wäre, daß - im Vergleich zur Psychoanalyse - ein sehr allgemein gehaltener Neurotizismusfaktor verwendet wird, der zudem jede Beziehung zu den Begrifflichkeiten neurosestruktureller Betrachtungsweise vermissen läßt. Unbefriedigend erscheint zudem die Tatsache, daß in den zuletzt genannten Arbeiten neurotische Symptome der Betroffenen höchstens erratisch durchscheinen und deswegen wohl zunächst biografisch hinterfragt bzw. eingeordnet werden müssen.

Mit dem schon erwähnten HANES bestimmte GUTEZEIT (1974) einen erhöhten Extraversionswert seiner jugendlichen diabetischen Probanden; eine solche Messung dürfte nach STEINHAUSEN/BÖRNER (1978) deswegen von praktischer Bedeutung sein, weil der Ausprägungsgrad eben jener Extraversion zumindest 2 Jahre nach dem Erkrankungsbeginn die Betroffenen zu einer auffällig schlechteren Stoffwechselführung disponiere.

STEINHAUSEN (1972) bestimmte bei Müttern mit Diabetes schichtungsabhängig einen signifikant erhöhten Depressionswert mit Hilfe der HAMBURGER DEPRESSIONSSKALA. Dieses Ergebnis stimmte überein mit Resultaten einer gleichzeitig vorgegebenen (Hamburger) Beschwerdeliste.

GALATZER/FRISH/LARON (1977) beobachteten schließlich mit Hilfe der TENNESSEE-SELF-CONCEPT-SCALE völlig normale Reifungsvorgänge bei Juvenilen Diabetikern während einer 9-jährigen Beobachtungszeitspanne. Gemeint sind hiermit eine stärkere moralische Fundierung eigenen Handelns, ein höheres Ausmaß von Selbstzufriedenheit und mehr befriedigende soziale Beziehungen im Erwachse-

nenalter der Untersuchten.

Am häufigsten kamen in den Arbeiten über Diabetiker INTERVIEWTECHNIKEN zur Anwendung. Mit ihnen wurden sehr vielfältige Fragestellungen verfolgt.
Zusammengefaßt könnte man unter Einschluß klinischer Beobachtungen resümieren, daß mit dieser Technik eine recht eindrückliche Symptomvielfalt bei diabet. Kindern festgestellt wurde, die eher an das Gesamtarsenal kinderneurotischer Auffälligkeiten erinnert und nicht so sehr an eine für Diabetes im Kindes- und Jugendalter typische klinische Befundkonstellation.
APPELBOOM-FONDU und Mitarbeiter (1977) glaubten als hauptsächliche Angstquelle kindlicher Diabetiker Motive um den Ödipuskomplex feststellen zu können, darüberhinaus beobachteten sie gehäuft kinderneurotische Symptome wie Angstträume, Nägelbeißen und überschießende Motorik.
Ähnliche Auffälligkeiten registriert auch FÄLLSTRÖM (1974) und bezeichnet sie summarisch als Anpassungsprobleme.
JOCHMUS (1971) ergänzt die obig genannte Liste um weitere neurotische Symptombildungen wie Tics, Daumenlutschen und Jactatio Capitis. Auffallend ist ihr Befund von jahrelanger Enuresis bei 11 Kindern. Ihrer Meinung nach schienen dominierend-einengende Mütter eher die Vorbedingung für Verwahrlosungssymptome, inkonsequente, aber auch überfürsorgliche Mütter eher die Voraussetzung für Angstsymptome darzustellen.

Es fehlen naturgemäß nicht Hinweise auf eine kindliche oder jugendliche Auflehnung gegen das Diabetesregime (LUDVIGSSON, 1977). Selbstverständlich gibt es auch

Arbeiten, die - ebenfalls gestützt auf ein Interview - keine Auffälligkeiten der diabetischen Population registrieren (z. B. OLATAWURA, 1972).
Der Autor STERKY (1963) steht hier für eine spezielle Thematik, in dem er - wenn auch stark verallgemeinert - der Frage nachging, inwieweit kindliche neurotische Symptome mit solchen der Eltern zusammenhängen könnten. Nur summarisch jedoch teilt er mit, daß die Mütter der Diabetiker sehr viel mehr und häufiger neurotische Symptomatik aufwiesen. SWIFT/SEIDMAN/STEIN (1967) versuchen ihren Intervieweindruck von jugendlichen Diabetikern im Sinne einer Konfliktbeschreibung der Befragten zu präzisieren. Im Gesprächseindruck sahen sie die Diabetiker mehrheitlich im Konflikt zwischen Selbstständigkeit und Abhängigkeitswünschen stehen. Als charakteristisch für die Untersuchten sahen sie deren orale Fixierung an, die sexuelle Unreife, eine fehlende Identität und ein gestörtes Selbstwerterleben. Diese narzißtische Symptomatik, zahlreiche Angstsymptome, eine überdurchschnittliche Unselbstständigkeit und Zwanghaftigkeit konnten sie als einheitlichen Befund verschiedener klinisch-psychologischer Untersuchungsmethoden sichern.
Zuletzt seien noch Untersuchungen erwähnt, die sich - ebenfalls auf Interviews gestützt - konkreten Fragestellungen widmeten. Zu nennen ist PARTRIDGE et al. (1972), der die vielfach vertretene Meinung bezweifelt, wonach Diabetiker unselbständiger als Gleichaltrige ohne Stoffwechselerkrankung seien. Er weist dies an Hand konkreter Fragen (etwa nach dem Zeitpunkt eigenständigen Umganges mit dem Taschengeld) konkret nach und trifft die aus dem üblichen Rahmen herausfallende Feststellung, daß die von ihnen untersuchten 14-18-

jährigen Diabetiker sogar vor ihren gesunden Alterskollegen entsprechende Reifungsschritte vollzogen. DÖHRING (1959) schließlich wies an Hand von insgesamt 179 beantworteten Fragebögen nach, daß bei Altersdiabetikern überdurchschnittlich häufig Erkrankungen der Leber, des Gallesystems und des Pankreas auftraten, was sie zur Vermutung führt, daß in solchen Erkrankungen eine somatische Spur von Störungen im oralen Bereich zu sehen sei.

Zum Abschluß seien noch die freilich wenigen Ergebnisse der ZEICHENTESTS dargestellt. Mit Hilfe der HTP-Technik (nach BUCK) stellen SWIFT/SEIDMAN/STEIN (1967) eine gestörte Körperwahrnehmung vornehmlich der Mädchen unter ihren Juvenilen Diabetikern fest. Es wird aber nicht recht deutlich, was nun hinter der häufigen Darstellung gebrochener oder deformierter Extremitäten stecken kann (gestörter motorischer Antriebsbereich?). In dieser Arbeit zeigt sich recht deutlich, daß ohne Abgabe von Zeichnungserklärungen seitens der Probanden keine sehr weitreichenden diagnostischen Schlüsse gezogen werden können (vgl. dazu SCHACHTER und COTTE in STERN, 1954) bzw. daß ohne explizites psychologisches Bezugssystem die diagnostische Relevanz solcher Ergebnisses nicht allzu groß sein kann (vgl. hierzu GAYRAL u. STERN in STERN, 1954 oder das Gegenbeispiel des Zeichentests von K. MACHOVER, siehe bei HILTMANN, 1966).
Wenig brauchbar scheint auch die Feststellung FÄLLSTRÖMS (1974), wonach sie mit Hilfe des BENDER-GESTALT-Tests bei jugendlichen Probanden eine Fehlanpassung nachgewiesen haben.

Wirklich von Bedeutung ist lediglich die Arbeit von SAYED/LEAVERTON (1974); die zeichnerisch säuberliche Trennung der Familienmitglieder von den Diabetikern und deren Beschäftigung mit Symbolen aggressiver Auseinandersetzung läßt die Autoren zur Verdachtsdiagnose erheblicher reaktiver Aggression bei (dargestelltem) Isolationsgefühl kommen.

Vor einer Zusammmenfassung der mit verschiedenen Methoden gewonnenen Ergebnisse sei hier hervorgehoben, daß - zumindest testpsychologisch - die Diabetikerpersönlichkeit vorwiegend triebdynamisch erfaßt wurde. Ich-psychologische Ansätze zur Beschreibung von Diabetikern wurden hier in diesen Arbeiten nicht verfolgt.

Insgesamt ergaben sich für die Diabetiker im Erwachsenenalter Zweifel an ihrer Glaubwürdigkeit und an ihrer angeblich unkomplizierten Sexualität (Genitalität). Erwachsene und Jugendliche dürften eine mangelnde Über-Ichkontrolle aufweisen, die man einerseits sicher als Folge eines harten Diabetesregimes werten darf, ebenso vielleicht aber auch als psychogenetisch früher entstanden.
Unter Zusammenschau des 16 PF, des MPI, des GIESSEN-Tests und unter Berücksichtigung des TAT und des RORSCHACH darf man sowohl bei Alters- wie auch Juvenilen Diabetikern auf einen Mangel an neutralisierter Aggressivität im Sinne reifer Durchsetzungsfähigkeit schließen. Hierfür sprechen Befunde von geringerer Selbstständigkeit, Passivität, erhöhter Schuldneigung, erhöhter Spannung und das Hineinfressen von Ärger und zuletzt Äußerungen von Diabetikern, die auf binnengelenkte Wut

hinweisen.

Fügt man diesem Befund die allerdings häufig nur pauschalen Hinweise auf das Vorliegen von Angst und auf mangelnde Ich-Stärke noch hinzu, so gewinnt man den Eindruck einer überdurchschnittlichen aggressiven Triebhemmung, gepaart mit geringer Ich-Stärke. Dazu können noch drei wichtige Ergänzungen gemacht werden. Es scheint erstens wahrscheinlich, daß vor allem bei kindlichen Diabetikern Lebendigkeit und im engeren Sinn Aggressivität unter dem lastenden Konformitätsdruck verloren gehen bzw. nicht geäußert werden.
Der Eindruck überdurchschnittlicher aggressiver Triebhemmung (siehe oben) könnte zweitens auch verständlich machen, warum die Neurotizismuswerte bei Erwachsenen mit Diabetes erhöht sind; da aggressive Hemmungen vielgestaltig und häufig genug in Form von Somatisierungen entstellt das Bewußtsein erreichen, wird drittens ebenfalls erklärt, warum Diabetiker viele unterschiedliche somatische Beschwerden entwickeln und dementsprechend auch diese in Beschwerdelisten kundtun.

Betrachtet man zusätzlich noch die Ergebnisse des SZONDI- und WARTEGG-Zeichentests, dann dürfte der Grundkonflikt des Diabetikers aus testpsychologischer Sicht vermutungsweise im oralen Sektor angesiedelt sein. Von hier ist wenig weit die Vermutung entfernt, daß orale Passivität und mangelnde Aggressivität logisch und kausal miteinander verknüpft sind.
Damit aber lassen sich kasuistische Ergebnisse aus testpsychologischer Sicht in etwa bestätigen.

Betrachten wir Kinder mit Diabetes gesondert, finden wir testpsychologisch die Eigentümlichkeit, wonach kindliche Diabetiker zum einen als weitgehend normal beschrieben, zum anderen aber als mit angst- und kinderneurotischen Symptomen variabler Art behaftet gesehen werden. Inwieweit letztere Gruppe von Diabetikern zugleich jene ist, die eine schlechte Diabeteseinstellung aufweist, ist offen. Möglicherweise ist über solche unterschiedlichen Untersuchungsergebnisse mehr die differente und z. T. auch unzureichende Erfassungsweise psychologischer Tests erfaßt.

2. zur Intelligenz

Lange Zeit beherrschte die Frage die Literatur, ob Diabetiker, v. a. diabetische Kinder intelligenter oder weniger intelligent seien als vergleichbare Stoffwechselgesunde.

TEAGARDEN (1939), MILES/ROOT (1939), DUSHIELL (1930) und SHIRLY/GRENN (1940) behaupteten, Diabetiker seien weniger intelligent und führten als Beweismaterial ursächlich wirksame, rezidivierende Hypoglykämien an sowie neurologische Spätschäden.

WHITE (1952), WEST/RICHEY/EYRE (1934) und zuletzt noch GRINSHAW/WEST/SMITH (1939) nannten als Ursache für die von ihnen vorgetragene entgegengesetzte Feststellung überlegener Intelligenz der Diabetiker deren Kompensation diabetesbedingter körperlicher Behinderungen.

Eine zahlenmäßig weit größere Gruppe von Autoren, vor allem neuerer Zeit, sieht keine quantitativen Unterschiede bezüglich der Intelligenz von Diabetikern. Genannt werden müssen BROWN/THOMPSON (1940), MC GAVIN

et al. (1940), FISCHER/DOLGER (1946), LISANKSY (1948), JOHANNSEN/BENETT (1954), KUBANY/DANOWSKI/MOSES (1956), ETZWILER/SINES (1962), HILTMANN/LOKING (1966), JOCHMUS (1974), APPELBOOM-FONDU (1977), ČERNELČ (1977), STEINHAUSEN (1977) und der zuletzt genannte Autor mit BÖRNER (1978). Dabei sei noch eigens betont, daß einige Autoren zum Vergleich ihrer Diabetikerkinder Probanden heranzogen, die ebenfalls chronisch erkrankt waren: GUTEZEIT (1974) adipöse, CERNELC (1977) Asthmatiker- und Polyarthritikerkinder, APPELBOOM-FONDU (1977) Hämophilie-Erkrankte, sämtliche in vergleichbarem kindlichen Alter.

Vereinzelte gegenteilige Befunderhebungen i. S. geringerer Intelligenz von Diabetikern werden nicht mehr wie früher auf körperliche Veränderungen bei langjährigem oder/und wechselhaft eingestellten Diabetes bezogen.

BOULIN (1950) z.B. nennt als Ursachen Erbvorgänge und Schichtzugehörigkeit der Untersuchten, ACK/MILLER/WEIL (1961) (siehe obige Zitierungen, die diesem Autorenkollektiv zu verdanken sind) eine lebensgeschichtlich sehr frühe Krankheitsmanifestation (vor dem 5. Lebensjahr), STEINHAUSEN (1972) eine krankheitsbedingt reduzierte Erfahrungs- und Erlebniswelt bei diabetischen Müttern aus der Mittelschicht. COMTY et al. (1977) weisen bei z. T. schon erblindeten,einheitlich nierenkranken Diabeteserkrankten eine - vergleichsweise - überdurchschnittliche verbale Intelligenz nach.

Diese - oben als solche schon bezeichnete - frühere Dauerdiskussion bezüglich quantitativer Intelligenzunterschiede hatte wenig Bezug zu Fragen erkennen lassen, die sich auf eine eventuell differente Intelligenzstruktur von Diabetikern bezogen oder auf Persön-

lichkeitsmerkmale von Diabetikern, die mit Intelligenzentwicklung oder -entfaltung interferieren könnten.
Was ersteres Problem betrifft, so schienen HILTMANN/LÖKING (1966) an Hand des HAWIK eine bedeutsame Feststellung zu treffen, indem sie im Gesamt der nichtverbalen Untertests schlechtere Leistungen der diabetischen als der nicht-diabetischen Kinder feststellten. Buben und Mädchen mit Diabetes zeigten zudem einheitlich eine Differenz zwischen besserem Verbal- und schwächer ausgeführtem Handlungsteil dieses Testes.
20 Jahre zuvor hatten FISCHER/DOLGER (1946) mit Hilfe des STANDFORD/BINET eine umgekehrte Feststellung hinsichtlich besser ausgebildeter manueller Fertigkeiten von Diabetikerkindern getroffen.
Die Arbeit von HILTMANN und LÖKING erntete Widerspruch von JOCHMUS (1974) und GUTEZEIT (1974), die übereinstimmend unter Verwendung derselben Tests bei ihren kindlichen (diabetischen) Probanden keine differentiellen Intelligenzmerkmale erkennen konnten.
Später stellte STEINHAUSEN (1972) bei erwachsenen Müttern der Mittelschicht mit dem durchschnittlichen Alter von knapp 32 Jahren ein deutlich reduziertes intelligentes Verhalten fest (Faktor B, 16 PF-Test nach CATTELL). Die - schon zitierte - Befunderklärung lautete: die eminente Belastung einer chronischen Krankheit enge zunehmend den Wahrnehmungs- und Erlebnishorizont der Betroffenen ein.
In enger Anlehnung an CATTELL (1973) sei hierbei an dessen Unterscheidung von "kristallisierter" und "flüssiger" Intelligenz bzw. Begabung erinnert. Als Arbeitshypothese im Anschluß an STEINHAUSENS Befund wird hier

vermutet, daß der Diabetes nicht so sehr Intelligenz i. S. einer Ansammlung gelernter Kenntnisse und deren Verwendung im täglichen Leben ("crystallized Intelligence") behindert. Schon eher könnte die Dauerbeanspruchung mit dieser Erkrankung dazu führen, daß geistige Kapazitäten oder Energien gebunden bleiben und nicht flexibel auf jeweils neue Probleme gelenkt werden können, daß also geistige Beweglichkeit mehr und mehr verloren geht ("fluid Intelligence").
HILTMANN/LOKING hingegen sehen - darin freilich widersprochen - die Fähigkeit diabetischer Kinder beeinträchtigt, sich praktisch handelnd mit der Realität auseinanderzusetzen. Als Ursache vermuten sie die mangelhafte Entwicklung ungehemmter Motorik, bedingt v. a. durch eine übermäßig behütende oder eine überwachend-kontrollierende Erziehung seitens ihrer Mütter. Diese beiden z. T. widersprochenen (HILTMANN/LOKING), z. T. nicht erneut aufgegriffenen Hypothesen differenter Intelligenzstruktur (STEINHAUSEN) machen deutlich, wie wenig in der Medizin lernpsychologische Gesichtspunkte und die Interferenz von sozialer Lerngeschichte mit der individuellen Entwicklung aufgegriffen bzw. thematisiert werden. Dazu gehört auch die Tatsache, daß erst in jüngster Zeit (s. dazu STEINHAUSEN/BÖRNER, 1978, APPELBOOM-FONDU et al., 1977, und ČERNELČ, 1977) Testinstrumentarien zur Intelligenzmessung zur Anwendung kommen, die ein Mehrfaktorenmodell der Intelligenz berücksichtigen.
Vielleicht wird erst dadurch und unter Verzicht auf rein quantitative und nur zum Vergleich verwendbare Daten die Frage nach den Beziehungen zwischen Diabetes und Intelligenzentwicklung bzw. -entfaltung der Erkrankten ihrer Komplexität entsprechend differenziert bearbeitet werden.
Zu der obig geäußerten Kritik paßt, daß auf die Frage,

welche Persönlichkeitsmerkmale eines Diabetikers auf seine Intelligenzentfaltung ("fluid Intelligence") sich auswirken können, ACK/MILLER/WEIL (1961), APPELBOOM-FONDU (1975,1977), BRUHN (1974), FÄLLSTRÖM (1974), HERTL (1968), JOHANNSEN/BENNETT (1953), KOSKI (1969) und viele Autoren der Vorkriegsliteratur (s.o.) nur die vage Vermutung äußern, daß die verstärkte Introversion eines Diabetikers zur Vernachlässigung der Außenwelt bzw. zum Fehlen einer Auseinandersetzung mit ihr führe. Sehr allgemein werden darüber hinaus "Spannungen" genannt (Konflikte?, verdrängte Aggressionen?), die wahrscheinlich die Intelligenzleistungen minderten. Wobei - diesen Autoren folgend - das Intelligenzpotential von Diabetikern unbeeinträchtigt bleibe. Gestützt werden solche Aussagen entweder auf projektive Tests wie den RORSCHACH (JOHANNSEN/BENNETT, FÄLLSTRÖM), oder auf ein INTERVIEW (APPELBOOM-FONDU). Die Empirie wird schließlich für die Behauptung in's Feld geführt, prolongierte Unselbständigkeit behindere dauerhaft die Intelligenzentfaltung (ACK/MILLER/WEIL).

So wenig derzeit also von gesicherten Befunden ausgegangen werden kann, so wenig erscheinen die hier genannten, Intelligenzentfaltung hindernden Persönlichkeitsvariablen als ausschließlich diabetestypisch. Vermutungsweise läßt sich wohl eher von Folgen einer chronischen Erkrankung sprechen, die in vermehrter Introversion, reduziertem Erfahrungsbereich und - bei Kindern - in überbehütender Erziehung bestehen können, als deren Folge einerseits die hier erörterte verringerte Intelligenzentfaltung auftreten kann, andererseits aber auch ein kompen-

satorischer, vorwiegend theoretischer Wissensdrang. Noch keineswegs einheitlich läßt sich die in vielen Veröffentlichungen angesprochene Frage beantworten, welche Bedeutung rezidivierende Hypoglykämien für Störungen intellektueller Funktionen haben können. Nur in einem einzigen Fall (FISCHER/DOLGER, 1946) ließ sich Schwachsinn (als Ausdruck später nachgewiesener Gliazellwucherungen) auf vorausgegangene protrahierte und frequente Hypoglykämien beziehen.
KIMBALL (1971) kritisiert das Fehlen entsprechender Dokumentationen solcher klinischer Zusammenhänge. Allerdings zeigen Längsschnittuntersuchungen (FISCHER/DOLGER, 1946, APPELBOOM-FONDU, 1972) keine Hinweise auf bedeutsame Hirnschädigungen bei oft über zehnjährigen Krankheitsverläufen.
KOSKI (1969) konnte - bei kürzerem Beobachtungsraum - keine Intelligenzminderung bei Kindern mit schlecht eingestelltem Diabetes nachweisen. Inwieweit zudem die Erfaßmethoden ausreichende Empfindlichkeit haben (FÄLLSTRÖM, 1974), es also z.B. genügt, EEG-Befunde mit ad-hoc gebildeten Intelligenzkriterien zu korrelieren, müßte noch erst diskutiert werden (siehe dazu auch JOCHMUS, 1974 und grundsätzlich: WEWETZER, 1971).

Aus welchem Forschungsinteresse auch immer die Intelligenz der Diabetiker untersucht bzw. thematisiert wird, vorrangig bleibt wohl die in die Zukunft gesprochene Forderung nach Verwendung von dem Forschungsgegenstand adäquaten Meßinstrumenten. Betont sei zusätzlich die große Gefahr isolierter, univariater Beziehungen (etwa Zahl der Hypoglykämien : Anzahl der IQ-Punkte), die in ihrer epikritischen Bespre-

chung viel zu leicht verselbständigt und in ihrer Vorläufigkeit nicht kritisch reflektiert werden. Erst der Einbezug von Lebens- und sozialer Lerngeschichte macht Intelligenzforschung gerade auch bei Diabetikern sinnvoll.

D. Familiärer Hintergrund

M.ACK (1974) macht deutlich, worin die Bedeutung einer Familienuntersuchung bei Diabetikern liegt: Die notwendigen Anpassungen an den (kindlich-jugendlichen) Diabetes vollziehen sich in der ganzen Familie und dort nicht in "jungfräulichem" Milieu. Von 2 Seiten also wird der Diabetiker betroffen; zum Einen von prädiabetischen Früherfahrungen, zustandegekommmen aus zumeist mütterlichen Interaktionen mit dem Kind, aber auch von familiären Umgang mit der diabetischen Erkrankung.

Der 1. Aspekt sei nun in diesem Kapitel unter verschiedenen Gesichtspunkten näher untersucht.

a) Sieht man die Diabetikerfamilien unter mehr formalen Gesichtspunkten, so fallen mehreren Untersuchern häufig Verhältnisse auf, wie sie gemeinhin unter das Schlagwort des "broken home" eingereiht werden.
KNOWLES et al. (1965) sehen vor allem das Fehlen eines Elternteiles bei Diabetikern schichtübergreifend in einer überdurchschnittlichen Häufung (vgl. dazu auch ETZWILER/SINES, 1962).
In einer Vergleichsuntersuchung mit Patienten mit erblichen Bluterkrankungen stellten STEIN/CHARLES

(1971) bei Diabetikern sehr viel häufiger zum Teil unvollständige, zum Teil "gestörte"Familien fest. Entweder war in Diabetikerfamilien wegen schwerer körperlicher oder seelischer Erkrankungen ein Elternteil nicht präsent oder es lagen chaotische Verhältnisse wegen tiefgreifender und unüberbrückbar erscheinender elterlicher Differenzen vor.
STERKY (1963) betont - für schwedische Verhältnisse - überdurchschnittlich häufige beengte räumliche Verhältnisse in Diabetikerfamilien.

b) Als nächstes sei die Frage gestellt, wie die Ehen aussehen, in die Diabetiker hineingeboren werden.
Dieser Frage sind vor allem STEINHAUSEN/BÖRNER (1978) nachgegangen und haben unter Benutzung eines von THALMANN entwickelten Interviewschemas diese Frage so beantwortet: Sie sehen bei fehlenden konkreten Anhaltspunkten für eine umschriebene Problematik die Grundstimmung in diesen Ehen als wenig harmonisch an und belegen diese Feststellung u.a. mit geringen gemeinsamen Freizeitaktivitäten der Gesamtfamilie. Entsprechend der vorgenommenen Messungen mit dem FPI werden die Diabetikermütter als in ihrer Stimmung vorwiegend resignativ beschrieben, die Väter hingegen als im wesentlichen mürrisch-gereizt, was die Autoren als Ausdruck väterlicher Abwehrhaltung gegen familiale Aufgabenstellung interpretieren.
CRAIN/SUSSMAN/WEIL (1966b) sehen unter Verwendung des FARBERS INDEX OF MARITAL INTEGRATION (siehe bei FARBER, 1957, 1959) bei Diabetikereltern einmal eine vergleichsweise geringere Übereinstimmung in wichtigen Familienzielen, die in unterschiedlichen Ge-

wichtungen der Bedeutung etwa von gemeinsamen Liebhabereien oder einem zufriedenem Sexualleben zum Ausdruck kommen. Zum Anderen stellten sie ein als erheblich eingeschätztes Konfliktpotential fest, hauptsächlich ausgelöst durch die Furcht der Mütter, durch die Kinder überbeansprucht zu werden und die Unterstützung des Mannes je neu sich erkämpfen zu müssen, statt diese problemlos zu erhalten. Frägt man in diesem Zusammenhang zusätzlich noch nach der häuslichen Atmosphäre in Diabetikerfamilien, so erscheint diese nach SWIFT/SEIDMAN/STEIN (1967) generell als unruhiger, weil konfliktträchtiger. Das Schwanken zwischen inkonsequentem Nachgeben und eigensinnigen Dominieren sei charakteristisch für die Väter in ihrer Beziehung zum erkrankten Kind, Oberfürsorglichkeit, Gleichgültigkeit bzw. ambivalenztypische Gefühlseinstellungen charakteristisch für die Mütter. In diesem Zusammenhang ist auch noch eine Äußerung STERKY'S (1963) interessant, wonach doppelt so viele Diabetikermütter als solche aus einer Vergleichsgruppe körperlich gesunder Kinder psychisch auffällig waren, wobei ihm in erster Linie variable Angstsymptome auffielen.

c) Als nächster Punkt sei die im übrigen vielfach untersuchte Frage nach dem Erziehungsstil von Diabetikereltern aufgeworfen. JOCHMUS (1971) - im englischen Sprachraum ganz ähnlich STARR (1955) - kategorisiert diesen unter folgenden Rubriken: Der größte Teil der Mütter, etwa 40%, wird als dominierend-einengend bezeichnet. Die davon betroffenen Kinder werden pauschal als schwierig eingestuft. Etwa 30% lies-

sen sich als "overprotective" einstufen; beim Kind führte das zu Retardierungen in Teilbereichen ihrer Persönlichkeit. Etwa 1/5 der Mütter wurde als nicht durchsetzungsfähig, schwankend, bald als überstreng, dann wieder als nachsichtig reagierend charakterisiert. Diese Verhaltensweise schien bei den untersuchten Kindern noch die geringsten und im übrigen nicht näher ausgeführten Nachteile für ihre Entwicklung zu haben. Nicht ganz 10% der Mütter war in ihren Forderungen an das diabetische kind konsequent, jedoch auch tolerant im Gewährenlassen.
Bei FÄLLSTRÖM (1974) wird aus Elterninterviews deutlich, was mit dem inzwischen kritisierten Begriff der Overprotection (vgl. hierzu JOCHMUS, 1979) gemeint ist, nämlich die beständige, gutgemeinte und nur zum Teil bewußte Einschränkung des altersentsprechenden Erfahrungshorizontes mit dem Ergebnis, daß ein adäquates Selbstwerterleben seitens der Betroffenen unmöglich wird.
Ganz im Gegensatz zur zitierten Arbeit JOCHMUS' (1971), die der Empirie entstammt, zeigen testpsychologische Untersuchungen - etwa die Anwendung des FDE (vgl. BASTINE/BRENGELMANN J.C., 1972) - keine Tendenz zur Vernachlässigung diabetischer Kinder oder gar zur Einschränkung kindlichen Lebensraumes (vgl. STEINHAUSEN/BÖRNER, 1978). Unter Zugrundelegung der MARBURGER ERZIEHUNGSSKALEN (MES) konnte von den zuletzt genannten Autoren für diabetische Kinder bezüglich der hiermit erfaßten Erlebnisweise elterlicher Strenge bzw. Unterstützung keinerlei andersgearteter Erfahrungshorizont nachgewiesen werden. Damit ist nach dem zuletzt zitierten Autorenpaar eine weitgehende Identität mit den Aufwuchsbedingungen anderer Kinder hinsichtlich zweier grundlegender Bedingungen sozialen Lernens nachgewiesen worden. Kritisch wäre hierzu einzuwenden, daß gerade

Diabetiker dazu neigen, keine Sonderrolle in Familie und auch der Öffentlichkeit zu akzeptieren, was sich naturgemäß dann auch in Testantworten niederschlagen dürfte.
Mit dieser Zitierung ist freilich das obige Thema nicht beantwortet. Die testpsychologische Betrachtungsweise läßt jedoch zusätzlich die Frage entstehen, ob statt eines interfamilialen Vergleichs nicht mehr ein intrafamilialer Vergleich von mehr Nutzen für die Beantwortung der aufgeworfenen Frage wäre.

d) BRUCH (1959) meint, nachden sie aus der Beobachtung von 37 Diabetikerfamilien keine einheitliche Familienstruktur habe ermitteln können, erledige sich die Frage nach eventuell einheitlichen Früherfahrungen von Diabetikern von selbst. Wenn man jedoch die vielfachen Elternzitate in ihrer Arbeit genau durchsieht, wird deutlich, daß die Mütter einheitlich bestrebt waren, ihre Kinder nach der Diabetesmanifestation um jeden Preis am Leben erhalten zu wollen, was sich möglicherweise im Sinne einer psychischen Reaktionsbildung auffassen läßt. In ähnlich systematischer Weise ist leider jedoch niemand der zuletzt genannten Themastellung nachgegangen. Entsprechend finden sich allenfalls verstreute Hinweise mit zudem meist mehrdeutigen Interpretationsmöglichkeiten, wenn hier nach der frühkindlichen Erlebnisseite gefragt wird. In den in vorherigen Kapiteln genannten kasuistischen Beispielen finden sich ebenso wie bei STEIN/CHARLES (1975) Hinweise auf eine frühe orale Mangelsituation; letztere Autoren zitieren 8 Mütter von späteren Diabetikern, die einheitlich angeben, von dem enormen Appetit ihrer Säuglinge überrascht und in der Feststellung unsicher gewesen zu sein, wann ihr Kind nun satt sein könne.
In einigen Berichten (z.B. POND,1968, SCHIFF, 1964)

wird davon gesprochen,daß diabetische Kinder oftmals unverhüllt feindselig behandelt worden seien.
ZEIDEL (1970) betont, daß die sehr häufig in der Literatur genannte "Overprotection" gerade auch von Diabetikern als eine im Kern verklausulierte Ablehnung ihrer Person empfunden werden dürfte. Hierher paßt auch eine Äußerung von JOCHMUS (1971), wonach eigenartigerweise etwa 45% aller von ihr untersuchten Diabetikerkinder nicht wahrzunehmen schienen, daß und wie intensiv die Mutter sich um sie kümmerte. Weitere 39% der untersuchten Kinder sahen das hauptsächliche mütterliche Interesse auf die anderen Familienmitglieder konzentriert, der Rest, also 19%, die Zuwendung hauptsächlich auf sich bezogen. Es wäre auch hier zu fragen, ob nicht in solchen Äußerungen auch die Erfahrung durchschimmert, daß das mütterliche Interesse sich vielleicht mehr auf das Stoffwechselgeschehen und nicht so sehr auf die Person des Kranken konzentriert. Möglicherweise ist in diesen Antworten aber auch ein Aspekt der Diabetesverleugnung seitens der Betroffenen zu erkennen. Die zuletzt genannten Oberlegungen machen deutlich, wie schwer die gestellte Frage nach einem eventuell einheitlichen kindlichen Erfahrungshorizont späterer Diabetiker zu bearbeiten und somit auch zu beantworten ist.

Auch testpsychologisch läßt sich- in Verfolgung der obig gestellten Frage - kein abschließendes Resultat zitieren: CRAIN/SUSSMAN/WEIL (1966a) führen anhand der FELS PARENT BEHAVIOR SCALES (vgl. RUFF,1949, COPPERSMITH, 1959) den Nachweis für die von ihnen untersuchten 8 bis 11-jährigen Diabetikerkinder, wonach mütterliche Empathie, Herzlichkeit bzw. Hingabe an ihre Kinder ("Warmth") einerseits, Befriedigung kindlicher Neugierde, verständliche erzieherische Forderungen und Widerspruchsrecht andererseits

("Control") für diese von wesentlich größerer Bedeutung waren als für altersgleiche stoffwechselgesunde Kinder. Sie meinen, in ihrer Untersuchung die krankheitsbedingte gesteigerte Mutterbedeutung für die Diabetiker herausgearbeitet zu haben.

Mit dem FAMILY-RELATION-Test (vgl. MEYER M.M., 1963) entdeckte JOCHMUS (1971) bei über 75% jugendlicher Diabetiker ein feindselig-bedrohtes Umwelterleben. Ohne Begründung für ihre Behauptung stellt sie fest, daß diese Kinder im Alter von 7-16 Jahren diese Sichtweise nicht von ihren Müttern übernommen haben konnten.
Alternativ müßten wir uns fragen, ob dann entweder genuin schizoides Erleben erfaßt wurde oder eine überwiegend krankheitsbedingte Ohnmachtserfahrung der Betroffenen.
Zuletzt sei die Untersuchung von SAYED-LEAVERTON (1974) zitiert, in der zeichnerisch (Kinetic-Family-Drawings) das mehrheitliche Isolationsempfinden diabetischer Kinder und eine von den Autoren als reaktiv bezeichnete Agression zur Darstellung gekommen sind.

Die hier in diesem Kapitel referierten Arbeiten eignen sich als nicht unbedingt dazu,Befunde eher einheitlicher Früherfahrungen sowohl Juveniler als auch Altersdiabetiker, wie sie sich in den kasuistischen Beiträgen (s. Kapitel II a) abzeichneten, zu bestätigen. Die in diesem Abschnitt genannten Befunde können, müssen jedoch nicht die Behauptung einer krankheitsbedingt gesteigerten Bedeutung einer Beziehungsperson für Diabetikerkinder fundieren. Es wird in ihnen auch sehr deutlich, wie sehr isolierte Fragestellungen zu Ergebnissen führen, die wiederum erst hinterfragt und dann noch in Bezug zu kasuistischen Arbeiten gestellt werden müssen.

e) Ein nächster, kurz zu behandelnder Punkt sei in der Frage zusammengefaßt, wie denn die Diabetiker ihre Eltern und umgekehrt die Eltern ihre diabetischen Kinder beurteilen.
In der Sprache des GIESSEN-Tests ausgedrückt, erlebt sich der jugendliche Diabetiker in stärkerem Maße als negativ sozial resonant als er seine Eltern beurteilt. Er beschreibt sich zudem als dominanter und eigensinniger als seine Mutter und schreibt sich wesentlich weniger Kontrollfähigkeit als seinen beiden Eltern zu. Darüber hinaus bezeichnet sich der jugendliche Diabetiker als verschlossener und zurückhaltender, als er dies für seine Mutter annimmt.
Beide Eltern sehen jedoch wiederum den Jugendlichen nicht in dem Maße als sozial unbeliebt und wenig durchsetzungsfähig (soziale Resonanz), wie dieser sich selbst auffaßt. Auch billigt der Vater dem Kind mehr soziale Potenz zu, als dieser für sich selbst in Anspruch nimmt.

In Kurzen: Im psychosozialen Bereich haben die Eltern ein deutlich positiveres Bild von dem Jugendlichen mit Diabetes als dieser von sich selbst hat. In jenen Kategorien aber, in denen (im GIESSEN-Test) intrapsychische Vorgänge bzw. Eigenschaften beschrieben werden, ist das Selbstbild des Jugendlichen weitgehend identisch mit jenem Eindruck, den die Eltern von ihm haben (vgl. zu diesen Punkten: STEINHAUSEN/BÖRNER, 1978).

f) Die letzte Frage, die strenggenommen nicht mehr zu diesem Kapitel zugehörig ist, soll gleichwohl hier ganz kurz gestreift werden:
Wie sind Diabetiker selbst als Eltern?
Zu dieser Thematik läßt sich hauptsächlich nur eine Ver-

öffentlichung heranziehen, nämlich die von STEINHAUSEN aus dem Jahre 1972. Hier interessiert vor allem der erzieherische Aspekt, der in dieser Arbeit mit dem PARENTAL ATTITUDE RESEARCH INSTRUMENT, PARI genannt, näher untersucht wurde (vgl. hierzu SCHAEFER/BELL, 1957, 1958).

Diabetische Mütter der Unterschicht behindern durch Abhängigkeitskonstellationen die Reifung ihrer Kinder (Infantilization) und weisen stets daraufhin, welche Opfer sie für ihre Kinder zu erbringen hätten (Martyrdom). Im Vergleich zu gesunden Müttern der gleichen, aber auch zu diabetischen Müttern der Mittelschicht kennzeichnet Diabetikerinnen aus der Unterschicht in der Erziehung strenge Abschirmung des Kindes von der Außenwelt, Unterdrückung kindlicher Aggressivität, Versuche, die kindliche Entwicklung zu beschleunigen und der offen geäußerte Wunsch, von ihren Kindern verehrt zu werden. Die Einahme einer Märtyrerrolle, "Vergötterungswünsche" und die tendenzielle Niederhaltung kindlicher Triebäußerungen dürften überwiegend unterschichtsspezifisch sein Insgesamt ergibt sich als erzieherische Tendenz von Diabetikermüttern der Unterschicht, die Kinder so früh wie möglich (und auf dem Wege der Unterdrückung) an das Erwachsenenleben anzupassen. Über die diabetischen Mütter der Mittelschicht liegen zuwenig gesonderte Daten vor, als daß diese hier ähnlich referiert werden könnten. AMENDT et al. (1971) lassen schließlich die Vermutung entstehen, daß diabetische Mütter allgemein zu wenig Zärtlichkeit spenden und ihre Kinder zu oppositionellem Trotz und Hypermotorik als Entlastungsreaktion treiben.

g) Fassen wir schließlich die zitierten Beiträge zusammen,so ergibt sich ungefähr folgendes Bild:
Wir finden Familien, die, obwohl sie nicht nur in der Unterschicht angesiedelt sind, sehr häufig Kriterien erfüllen, wie sie im Schlagwort von "broken home" verdichtet sind. Typisch ist wohl nicht so sehr eine einheitliche Familienstruktur als vielmehr ein überdurchschnittliches Konfliktpotential in oft genug unvollständigen Familien, das zumindest durch die Stoffwechselerkrankung eines Diabetes akzentuiert worden ist.
Typisches Erziehungsmuster sind zum einen dominierendes Einengen, zum anderen die "Overprotection". Beide gehen auf Kosten der Kinder (und späteren Diabetiker) insofern, als der Erfahrungshorizont nicht altersentsprechend erweitert und das Selbstwertgefühl nicht ausreichend entwickelt werden kann. Möglicherweise wird durch diese beiden Erziehungsstile auch Passivität erzeugt, durch welche dann der Teufelskreis eines zunehmenden Entwicklungsstillstandes im jugendlichen Alter geschlossen werden dürfte. Einem solchen Befund widerspricht nicht unbedingt die Tatsache, daß Kinder mit Diabetes in einer direkten Befragung keinen Unterschied bezüglich elterlicher Strenge oder Unterstützung angeben können, wenn sie sich darin mit gesunden Geschwistern vergleichen. Es gibt genügend Hinweise dafür, daß zumindest nach außen Diabetiker eine Sonderrolle zu spielen verleugnen bzw. ablehnen.
Aller Wahrscheinlichkeit nach werden Mütter länger und intensiver von Kindern mit Diabetes in Anspruch genommen, was in der Literatur im Sinne einer krankheitsbedingt gesteigerten Bedeutung der Mutter gesehen wird. Für ein krankheitsbedingtes Isolationsgefühl spricht die mehrfach berichtete und zum Teil fast unverhüllte Feindselig-

keit, die den Diabetiker der Familie treffen kann. Darüberhinaus scheinen die Patienten zu spüren, daß das Interesse für Behandlungsmaßnahmen nicht unbedingt ein Teilaspekt der vorbehaltlosen Annahme ihrer Person ist. Hierzu paßt auch, daß die oben genannten zwei Erziehungsstile, die ja statistisch gesehen bis zu 3/4 der diabetischen Kinder betreffen, nicht Ausdruck unverfälschter Elternliebe sind. Daß auch gesunde Elternliebe erodieren kann, ist möglicherweise auch Folge eines Überforderungsgefühls der eher resignativ wirkenden Mütter, die nur sporadisch und keineswegs selbstverständlich Unterstützung von Seiten ihres Ehemannes zu erfahren scheinen.

Im Vergleich zu den in vorigen Kapiteln dargestellten kasuistischen Fallbeispielen ist aus diesem Kapitel die Elternbedeutung fast nur krankheitsdependent gesehen. Da die hier referierten Befunde sich nicht auf eine psychoanalytische Explorationstechnik stützen, ist eine Brücke zu den kasuistischen Hinweisen auf eine schon prämorbid bestehende enge Elternbeziehung nicht ohne weiteres zu schlagen.

III. LEBENSGESTALTUNG

A. Sexuelles Leben

Unter vorwiegender Bezugnahme auf das vorangegangene tiefenpsychologisch-kasuistische Kapitel (II a) könnte man von folgender Akzentuierung psychosexueller Entwicklung jener Diabetiker sprechen: Auffallend sind zum einen offen ausgelebte Wünsche nach Geborgenheit (s.a. LEVINE, 1976/1977, RAYCHAUDHURY, 1958), die aber nicht immer ohne weiteres Befriedigung finden können (vgl. ELHARDT, 1977). Dies ist naheliegend, da sie offensichtlich das Leistungsvermögen des Partners überfordern können.
Die Ursache für solche Geborgenheitssehnsüchte dürfte in weiter wirkenden, weil nicht ausreichend befriedigten Geborgenheitswünschen aus dem Kleinkindalter zu suchen sein, ebenso aber auch in einer Regression in die oral-passive Welt, wenn die Mutter eine aktive "Welteroberung" nicht zuließ (WOELK, 1958, ELHARDT,1964).
Im Falle LEVINE (1976/1977) muß man wohl auch noch die Verarbeitung der Diabetes selbst und damit des Anders-Seins als Mitursache erschwerter Partnerfindung hinnehmen, wobei freilich immer die Frage ist, inwieweit hierbei schon prädiabetische Schwierigkeiten, sich selbst zu akzeptieren, bestanden haben und somit krankheitsbedingt nur noch verstärkt worden sein könnten.

Eine ganz erhebliche Rolle spielt bei Sexualstörungen der Diabetiker zum anderen auch die nicht geglückte Verarbeitung des Ödipuskomplexes. Eine Ursache dafür sind die ungewöhnlich intensiven, in den vorherigen Entwicklungsphasen schon vorgebahnten Eltern- bzw. Mutter-Kind-Beziehungen.

Wie Fallbeispiele von ELHARDT (1964, 1977), FALSTEIN/JUDAS (1955), LEVINE (1976/1977), PETRITZER/FOSTER (1955), RAYCHAUDHURY (1958) und RUDOLF(1970) deutlich zeigen, erschweren präödipale Fixierungen auf den gegengeschlechtlichen Elternteil für die psychosexuelle Identitätsfindung unerläßliche Identifizierung mit dem gleichgeschlechtlichen Elternvorbild. Nicht selten war es beispielsweise der prügelnde und alkoholabhängige Vater, der Mutter und Sohn förmlich zusammenschweißte (vgl. LEVY/CLARK, 1973).
KELLNER (1957) bestätigte diese Konstellation auch testpsychologisch (SZONDI-Test).
Klinisches Relikt des nicht bewältigten Ödipuskomplexes ist zum einen eine ausgeprägte Kastrationsangst, so wie sie aus der Darstellung von FALSTEIN/JUDAS (1955) hervorgeht, die - rationalisiert - als Suche nach Geborgenheit vor "ungesunder" Rivalität dargeboten werden kann (RAYCHAUDHURY, 1958).
Als zweite Variante findet sich ein unentschiedenes Schwanken zwischen Werben um den Mächtigen (ELHARDT, 1964) und Obergefügigkeit im Wechsel mit Auflehnung (SIEVERS, 1963), beides wohl als Manifestationspunkte latenter Homosexualität zu lesen. Als dritte Quelle triebdynamisch zu verstehender Erschwernisse reifer Sexualität müssen androgyne Omnipotenzphantasien (siehe ELHARDT, 1977) mit unbewußten Phantasien einer Zwittergenitalausstattung genannt werden. Man könnte schließlich mit KELLNER (1957) auf die zwei häufig anzutreffenden, offenbar grundsätzliche Schwierigkeiten der Partnerbeziehung hinweisen, die einmal für den Diabetiker bedeuten, kein Objekt in Besitz nehmen bzw. assimilieren zu können, andererseits zufolge stets wachen Mißtrauens

ein vorhandenes Objekt entwerten umd eliminieren zu müssen.

Insgesamt lassen sich vier strukturgenetische Ansätze einer sozusagen psychisch bedingten diabetischen Sexualstörung herauskristallisieren: das nicht Zugreifen-Können aus der oralen Phase gepaart mit oral-passiven Verwöhnungswünschen, das Entwerten und Ausscheidenmüssen bzw. nicht Behalten-dürfen der analen Phase und die Fixation auf den gegengeschlechtlichen Elternteil vor und in der ödipalen Phase mit daraus folgender, fehlender psychosexueller Identität als Konsequenz der Nichtbewältigung des zuletzt genannten Reifeschritts. Es bleibt schließlich der Hinweis auf das v.a. Juvenile Diabetiker kennzeichnende Mißtrauen (WOELK, 1958), das sich als schizoider Anteil bei vielen Patienten mit einer behinderten Hingabefähigkeit verstehen läßt. Der bei Frauen und Mädchen von KELLNER (1957) häufig angetroffene latente Sado-Masochismus wäre im übrigen zumindestens aus perversionspsychologischer Sicht mit Störungen der Entwicklung der analen Phase (vgl. ELHARDT, 1976) erklärbar, wobei zumindesten aus diesem Blickwinkel immer auch die Abwehr der Sicht von Mann und Frau als geschlechtlich verschieden ausgestattenen Wesen hinzukommt (vgl. KUIPER, 1968). Damit wäre die präödipale "Psychogenie" sexueller Störungen bei Diabetikern insoweit als wahrscheinlich anzunehmen, als für diese ätiologischen Erwägungen kein Absolutheitsanspruch gestellt wird.
Aus dem Gesagten wird deutlich, daß die somatisch-neurogene Impotenz demnach nicht den einzigen Aspekt darstellt. Differentialdiagnostisch wäre der organisch impotente Diabetiker jener, der zwar sexuelles Interesse

hat, weder aber zu Erektion noch zur Masturbation fähig ist (KOLODNY, 1974) bzw. während der REM-Phasen nicht mehr die normale Zahl nächtlicher Erektionen hat (RENSHAW, 1979). Es erscheint von daher eine relativ sichere Unterscheidung möglich.

B. Eheleben

Die Ehe scheint für manche Diabetiker eine Möglichkeit zu eröffnen, eine autarke Welt zu bauen (ELHARDT, 1964, CREMERIUS, 1956/1957),die sie unabhängig von einer letztlich versagenden Mutter macht. Es scheint, als ob die Partnerwahl auch von dem Merkmal der Lebenstüchtigkeit des Partners abhinge (KATZ, 1969), dem mehr oder weniger die Führungsrolle in Bezug auf die Lebensbewältigung zugeschanzt wird.

Es erscheint erneut fraglich, inwieweit sexuelle Impotenz resp. Inappetenz ausschließlich somatisch verstanden werden darf. Auch bei KATZ wird deutlich, daß einmal die sexuelle Aktivität von beiden Partnern, also auch vom nichtdiabetischen, gar nicht geschätzt wird. Sexuelles Versagen schien die Diabetiker selbst eigentlich nicht zu bekümmern; die enttäuschten Partnerinnen andererseits vermißten nicht so sehr die ihnen damit entgangene spezielle Erlebnisqualität, sondern sahen darin erneut einen Hinweis auf die mangelnde Zuneigung ihrer (diabetischen) Männer , die sie kindlicher Bedürfnisse wegen ja so brauchten.

Vor allem aus der Darstellung RAYCHAUDHURYS (1958) wird deutlich, daß die Ehe sehr leicht dazu mißbraucht wird, kleinkindhafte Wünsche nach mütterlichem Umsorgtsein zu befriedigen, was den Partner auch überfordern kann (vgl. ELHARDT, 1977).

Es sollte im übrigen der Hinweis von KNOWLES(1965)

Beachtung finden, wonach von den von ihm beobachteten 89 heiratsfähigen Diabetikerinnen nur 48 heirateten. Man könnte daraus schließen, daß die Ehe entgegen der Behauptungen von Diabetikern selbst (PAUL/SCHNITZER, 1966) keine Selbstverständlichkeit ist.
Es erscheint dabei zweifelhaft, daß die ersten drei der insgesamt vier von SHEPPE/SHEPPE (1957) genannten Gründe (man dürfe nicht heiraten, man dürfe den Diabetes nicht weiterverpflanzen, man könne keine Kinder haben) die einzige Rolle spielen. Der vierte und letzte: "Niemand mag einen Diabetiker" könnte für die von KNOWLES (1965 und KORP/WEIKMANN, 1968) genannte seltene Eheschließung schon wichtiger sein, wenn man die erlebten Frustrationen eines sich nicht hinreichend geliebt fühlenden Kindes als Ursache für solch späteres Erleben bedenkt.
Es erscheint also widersinnig, aus eugenischen Erwägungen heraus vor Eheschließungen von Diabetikern zu warnen (EDWARDS, 1969), wenn schon eine wichtige Grundvoraussetzung hierzu von Diabetikern nicht regelmäßig erfüllt wird, sich nämlich als liebenswert zu fühlen.

C. Beruf/Sozialbeziehungen

Im ganzen ergeben sich drei, möglicherweise spezifische "wunde" Punkte eines Diabetikers im Berufsleben: erstens die Tatsache, vielfach nur der Krankheit wegen keine Anstellung finden zu können, obschon eine Berufsqualifikation vorhanden wäre; zweitens die praktisch in jedem Beruf auftauchenden, gewissermaßen alltäglichen Belastungssituationen, die von Diabetikern aber mit Gefühlen beantwortet werden können, die mit der realen

Schwierigkeit selbst weniger zu tun haben (SIEVERS, 1963), sondern eher mit Enttäuschung von Gefühlen, die aus der Nichterfüllung von infantilen Verwöhnungswünschen resultieren (SIEVERS). Das Leistungsverhalten (3) selbst kann einerseits durch den Wunsch nach Ausgleich, ja Überkompensation eigener körperlicher Schwäche bestimmt sein, aber auch gebremst werden durch nagende Selbstzweifel. Gerade diese Probleme statten den Eintritt und Verbleib von Diabetikern im Berufsleben mit vielleicht mehr Schwierigkeiten aus als bei anderen Menschen. Man kann spekulieren, ob die von SCHWEITZER (1976) angegebenen Gefühle beruflicher Überforderung bei mehr als der Hälfte der von ihm diesbezüglich befragten Diabetiker nicht auch in diesen drei genannten Punkten wurzeln. Im übrigen läßt sich aber doch sagen, daß die Lebensaufgaben: Schule/Berufsausbildung/Berufsausübung von Diabetikern sicher durchschnittlich gut bewältigt werden (DANOWSKI, 1957, DAVIS et al., 1965 JOCHMUS, 1971, KNOWLES et al., 1965, STEIN/CHARLES, 1971, STERKY, 1963, WEIL/ACK, 1964).
Die Berufswünsche, die zum Teil in der Lebensmittelbranche (FISCHER/DOLGER, 1946), zum Teil in der Medizin (DAVIS et al., 1965, FÄLLSTRÖM, 1974), angesiedelt sind, weisen zurück auf die diabetische Erkrankung selbst. Der Hunger als zentrale Erlebniskategorie, Selbstheilungswünsche und vielleicht der Wunsch, selbst nicht erlebte Zuneigung Anderen zuteil werden zu lassen, könnten bzw. dürften unbewußte Motive für solche später freilich zumeist nicht realisierte Berufswünsche sein. Die tatsächlich ausgeübten manuellen bzw. Schreibtischberufe (FISCHER/DOLGER, 1946, KORP/WEIKMANN, 1968) sind hinsichtlich der hierfür aufgebrachten Motivation noch nicht erforscht.

IV. DIABETESENTSTEHUNG

A. Auslösesituation

Das nächste Kapitel will nun der Diabeteserkrankung vom Aspekt auslösender Situationen näher kommen. Anders formuliert soll gefragt werden, welche nicht körperlichen Faktoren für eine Diabetesmanifestation dingfest gemacht werden können.
Die Fragen nach Erbgang und somatischen Bedingungen für das Diabetesauftreten werden in einem eigenen Kapitel zur Sprache kommen (Kap. IV B).

Der Begriff "auslösende Situation" ist in der klassichen Medizin häufig entweder mit dem Wort "Trauma" oder mit dem Terminus "Stress" gleichgesetzt worden, im letzteren Fall v.a. bei längerwirkender Einwirkung einer manifestationsfördernden Umweltbedingung. In der Testpsychologie hingegen wird die auslösende Situation zwar genau spezifiziert, jedoch häufig persönlichkeitsunabhängig dargestellt (vgl. MENDELS/WEINSTEIN, 1972, RAHE et al., 1964). Trauma wird - in der Medizin nicht nur beim Diabetes - sehr leicht mit einer akuten existenziellen Notsituation gleichgesetzt. Eine traumatisch gedachte Krankheitsmanifestation müßte - zumindest versicherungsrechtlich gesehen - binnen sechs Wochen nach dem auslösenden Ereignis erfolgen, die damit erst als Auslöser Anerkennung finden kann (vgl. JAHNKE/OBER DISSE, 1961). Nun wird ganz im Gegensatz zur psychosomatischen Medizin die so einwirkende Situation infolge ihrer Dramatik, ihrer Wucht und ihrer Außergewöhnlichkeit ganz unabhängig von der Person des Betroffenen gesehen.Da nimmt es dann auch nicht Wunder, daß eine solche Diabetesmanifestation für ganz selten

erachtet wird (vgl. JAHNKE/OBERDISSE, s.o., DAVIS/SHIPP/ PATTISHALL, 1965, PETRIDES, 1976). Es ist auch nicht weiter erstaunlich, daß bei solcher traumatischer Diabetesentstehung wiederholt kein hereditärer (Erb-)faktor festgestellt wurde (vgl. BÄRSCHNEIDER, 1958). Nicht selten wird das Trauma auf Kriegszeiten und da wiederum auf unmittelbare Gefahr für Leib und Leben eingegrenzt (vgl. GENDEL/BENJAMIN, 1946). Logischerweise wird dann davor gewarnt, etwa elterliche Theorien über ätiologisch relevante Scheidungen oder Todesfälle in der Familie hinsichtlich der damit im Zusammenhang gesehenen Diabetesentstehung zu glauben (vgl. BRUCH, 1959).

Ganz im Gegensatz dazu gibt es Autoren, die auf den ersten Blick alltäglich erscheinende Vorkommnisse überzeugend als Diabetesauslöser darstellen: den Tod eines nahen Angehörigen (FREEMAN, 1958), Schreckerlebnisse und Trennungsereignisse wie erster Schulbesuch, Umzüge u.ä. bei Kindern (vgl. JOCHMUS, 1971, KOSKI, 1969).
MODI(1959) hat sogar für 76 von 200 daraufhin untersuchte Erwachsenendiabetiker getrennt Existenz- bzw. häusliche Sorgen, berufliche Probleme und Schockerlebnisse aufgeführt und diese bei fehlendem Übergewicht bzw. nicht nachweisbarem Erbfaktor als einzige Manifestationsbedingung eines Diabetes aufgefaßt . - Nun werden die zuletzt genannten, hier pauschal gestreiften Belastungen, die man z.T. auch unter den gängigen Stressbegriff subsumieren könnte, gerne einmal als banal, zum anderen als v.a. deswegen irrelevant abgetan, da ja jeder Mensch unter ihnen zumindest zeitweilig zu leiden habe. Auch wird behauptet, daß ein wie auch immer gear-

teter Stress (gedacht als längerfristige Belastungssituation) in einem hereditär unbelasteten Menschen nie einen Diabetes erzeugen könne (vgl. DANOWSKI, 1963, BAKER/BARCAI, 1970, PETRIDES, 1976). Diese scheinbar unerschütterliche Grundposition wird nur insgeheim zu bezweifeln gewagt, etwa in dem zweiteiligen Gegenargument der geringen spontanen Manifestationswahrscheinlichkeit einer diabetischen Erbanlage und der Diskrepanz zwischen den seltenen außergewöhnlichen Lebensereignissen (TREUTING, 1962) und der ja häufigen, glaubhaft auf "banale" Umwelts veränderungen bezogenen Diabetesmanifestation (GOLDNER, 1958), denen bei derzeitigem Kenntnisstand nicht von vorneherein ätiologische Relevanz abgesprochen werden könnten. Gekontert wird daraufhin wieder mit dem Verweis auf die nur schwer objektivierbare Relevanz der Umweltereignisse (WALKER, 1957).

Wenn nun zu diesem Meinungsstreit überhaupt sinnvoll Position bezogen werden kann, dann prinzipiell von zwei verschiedenen Positionen aus: Die eine wäre jene, die behauptet, daß genetische Einflüsse bei den meisten oder gar allen Diabetikern keinerlei Bedeutung besitze und dies auch schlüssig beweisen kann. In diesem Kapitel wird bezüglich der Altersdiabetiker zumindest von einem Autor dieser Nachweis versucht. Damit wäre das Gewicht ausschließlich auf die Umwelt als krankmachenden Faktor gelegt. Die zweite Position wäre dann diejenige, die die bei Gesunden und Diabetikern angebliche Gleichartigkeit sowohl akuter, v.a. aber chronifizierter Belastungssituationen (Stress) dadurch zu entkräften versucht, daß sie die Subjektseite in das medizinische Denken einführt und dabei die Individualität des menschlichen Resonanzbodens auf somit nur scheinbar gleichartige

Umweltbelastungen betont. Trauma und v.a. Stress erfahren damit eine Neubewertung. Bei gleichzeitiger grundsätzlicher Anerkennung hereditärer Einflüsse würde hierbei dem Umweltserleben der Diabetiker immerhin das Gewicht eines eigenständigen, manifestationsfördernden Faktors zugesprochen.
Sehr allgemein gehalten, aber gestützt auf von ihm erhobene Kontrollkrankengeschichten weist GROEN (1973) daraufhin, daß psychosomatisch Erkrankte generell, aber auch speziell die von ihm untersuchten Diabetiker beiderlei Provenienz objektiv gleichartige Situationen als subjektiv weitaus ergreifender erleben (z.B. Verlusterleben).
Sehr konkret weisen STEIN/CHARLES(1971) nach, daß sie in einer Vergleichsuntersuchung von Juvenilen Diabetikern mit Patienten mit erblichen Bluterkrankungen feststellen konnten, daß Erstere zu mehr als zwei Drittel (69%) vor Krankheitsausbruch einen Ausfall einer elterlichen Bezugsperson zu erleiden hatten (im Falle der Kontrollgruppe waren es nur 19%), somit andersgeartete Umweltsbezüge aufwiesen.
Eine solche konkrete Argumentation weist also zum einen daraufhin, daß ein- und dieselbe Situation verschieden empfunden werden kann, zum anderen daraufhin, daß schon vor Krankheitsbeginn eine, algemein formuliert, vergleichsweise größere Vorschädigung der späteren Diabetiker bestanden haben muß, wobei dann gleich- oder ähnlich geartete Erlebnisse (z.B. ein Verlust oder die Unterdrükkung von starken Neidgefühlen) auf ein somit schon vorgeschädigtes Individuum treffen und von diesem nicht mehr "normal" verarbeitet werden können.
Für Diabetiker wäre nun von dieser Argumentationsweise der Nachweis seelischer und krankheitsspezifischer Aus-

lösesituationen zu führen, die ihrerseits Alltäglichkeitscharakter zu haben scheinen und doch Auslösefunktionen aufweisen können, indem sie sozusagen auf ein "sensibilisiertes" Wesen treffen, das scheinbar banale Umweltsveränderungen als wesentlich einschneidender erlebt.
GROEN (1973) zeigt nun beispielhaft verschiedenartige Auslösesituationen für Juvenile Diabetiker auf. Bei einem Medizinstudenten, der jahrelang sich ohne Erfolg um ein Mädchen bemüht hatte, wußte der Autor, daß der spätere Diabetiker kurz vor Krankheitsausbruch glaubte, nun ein solches gefunden zu haben. Auf einer Party freilich sah er sie in Begleitung eines jungen Mannes; da bemerkte er bei sich, wie sehr er doch dieses Mädchen liebte und nötig hatte. Kontaktversuchen seinerseits wich das Mädchen freilich aus. Tage später wurde offenbar, daß dieser andere junge Mann der feste Freund dieses Mädchens war, den es trotz der (eingestandenen) Liebe von Seiten des Patienten nicht verlassen wollte. Der Student fühlte sich nach der von ihm so erlebten Zurückweisung jämmerlicher wie nie zuvor, einen Tag später litt er unter einer Polyurie und einem ihm unheimlichen Durst, welche Symptome zu einem wenig später festgestellten Diabetes gehörten.

Bei einem fünfjährigen Mädchen war der Zuckererkrankung die Trennung des Vaters von der Mutter vorausgegangen. Diese mußte nunmehr für den Lebensunterhalt sorgen und gab das Kind zu ihren Eltern, die das Kind noch nie gesehen und obendrein die Verheiratung ihrer Tochter mißbilligt hatten. Die Großeltern ließen das Kind buchstäblich gefangen in ihrem Haus, nahmen es nie mit und sprachen kaum ein Wort mit ihm. Die Mutter selbst

besuchte das Kind einmal die Woche und fand hierbei lediglich lobende Worte für sein artiges Benehmen. In dieser Vereinsamung entwickelte das Kind seinen Diabetes; im Krankenhaus blieb diese Vereinsamung bestehen, denn die Stationsschwestern wechselten, kaum daß eine von ihnen näheren Kontakt zu dem Kind gefunden hatte. Für die Mutter selbst war nicht so sehr das Kind als vielmehr der Diabetes zur Hauptsorge geworden.

Bei einem 18-jährigen war Jahre früher der Vater zufolge eines Herzanfalles gestorben. Mutter und Sohn übernahmen dann dessen Geschäft. Die Mutter litt zunehmend unter Gallenkoliken, derentwegen zuerst die Ärzte, dann in beschwörendem Ton der Sohn zur Operation riet. Postoperativ kam es zu den von der Mutter befürchteten Komplikationen; in diesem Zustand machte sie dem Sohn Vorwürfe, zuerst wegen Ungehorsams den Vater unter die Erde gebracht zu haben, nunmehr mit seinem "Leichtsinn" (d.h. mit seiner Operationsempfehlung) sie umbringen zu wollen. Der erlebte Schock, als lebte die Mutter schon nicht mehr und er müßte eine solche Schuld mit sich herumtragen, trug dazu bei, daß etwa zwei Tage später bei dem jungen Mann ein nie gekannter Durst als ein erstes Symptom eines späteren Diabetes auftrat. Die Mutter befand sich zu diesem Zeitpunkt in schon leicht gebessertem Zustand.

Im letzten Beispiel eines 28-jährigen israelischen Chemikers lag der Fall so, daß er einer Dissertation wegen zwei Jahre in den USA arbeiten sollte. Nach Ablauf dieser Zeit ließen ausweichende und verspätete, schließlich ganz

eindeutige Briefe darauf schließen, daß man ihn in der Heimat nicht mehr brauchte. Da er in den USA gekündigt hatte, war er mit einem Schlag ohne Arbeit und schien zusätzlich auf lange Sicht von seiner Familie in Israel getrennt, hatten doch Angehörige ihn gebeten, er sollte in den Staaten bleiben. Mit viel Mühe erreichte der (spätere) Patient eine Neuanstellung. Als Briefe aus Israel ihm in der Heimat eine Neuanstellung anzukündigen schienen, obendrein die Umstellungsschwierigkeiten am neuen Arbeitsplatz in Amerika behoben waren, brach der Diabetes aus, für den sich in der Familie Vorläufer finden ließen.

Als Vorläufer eines in diesen vier Fallbeispielen akut einsetzenden Diabetes sieht GROEN zusammengefaßt ein auslösendes akutes Erleben der Einsamkeit und eines sich "Unverstanden-Fühlens". Bei den hier in Beispielen nicht näher erwähnten Altersdiabetikern dominiere hingegen ein Zustand dauernden Unverstandenseins; im Ehealltag sei keine Gefühlsverbundenheit mehr erkennbar, die zwei Partner lebten nur noch nebeneinander her. Mit diesem (gefühlskargen) Zustand hätten sich die späteren Diabetiker abgefunden, wagten auch nie einen Seitensprung oder gar die Scheidung als Ausgleich für chronisch entbehrte Liebeszuwendung. Der Verlust einer Schlüsselperson, die noch am ehesten das Liebesbedürfnis des Diabetikers zu befriedigen vermocht hatte, z.B. der Wegzug der Kinder und der damit verbundene Wegfall zumindest dankbarer Liebe seien dann Akzentuierungen chronischen Mangels an Liebeszuwendung, der dann nicht mehr wie bisher kompensiert werden könne.-

Im weiteren soll durch Rückgriff auf schon zitierte Autoren gefragt werden, ob diese in ihren Berichten GROEN's Hypothesen bestätigen können.
Bei DANIELS (1959) sehen wir die prompte Diabetesmanifestation bei einem 9-jährigen Buben in jenem Moment, da er sich nach den Sommerferien unversehens aus dem elterlichen Schlafzimmer ausquartiert sah. Ihn hatte man im Alter von 5 Jahren aus dem Haus seiner Mutter bzw. Großvaters wegen dessen Gewalttätigkeit entfernen müssen. Bei Vater und Stiefmutter hatte er vier Jahre hindurch ein befriedigendes Zuhause gefunden. Wegen häufiger Abwesenheit des Vaters hatte er jahrelang in dessen Bett bei der Stiefmutter schlafen dürfen. Nach einem Umzug sah sich der Junge nun plötzlich mit der Tatsache eines eigenen Zimmers konfrontiert, während der Vater und die Stiefmutter zusammenschliefen. Binnen dreier Wochen entstand ein Diabetes.
ELHARDT (1964) berichtet von der Diabetesmanifestaton seines von ihm analysierten Diabetikers (vgl. Kasuistikkapitel IIa) in jenem Moment, als sich der gemeinsame Auszug mit seiner Frau aus dem bisherigen mütterlichen Zuhause als unvermeidlich herausgestellt hatte. Die Trennung von seiner herrschsüchtigen Mutter versuchte der Patient durch berufliches Fortkommen erfolglos zu kompensieren. Er baute aus einem einstigen Milchladen zwar ein Feinkostgeschäft auf, schuf sich damit (symbolisch) aber eine Ersatzmutter, die er zwar jederzeit für sich verfügbar hatte, von der er letztlich jedoch ebenso abhängig war (seine "Existenz") wie von seiner leiblichen Mutter.

Bei FALSTEIN/JUDAS(1955) darf man - dem Urteil der Verfasser folgend - annehmen, daß die Allianz des Jungen (etwa 15 Jahre alt) mit seiner Mutter

gegen den jähzornigen und geizigen Vater und der darauffolgende Wegzug beider aus der bisherigen Wohnung im Jungen schier überwältigende Kastrationsängste hervorgerufen hatte. Mit einem klinischen Bild, das an eine Hebephrenie erinnerte, kam der Junge in stationäre Behandlung. Wenige Tage später manifestierte sich ein Diabetes.

HONG/HOLMES(1973) sehen den transitorischen Diabetes ihres gut 20-jährigen koreanischen Patienten im Zusammenhang mit dessen Aufenthalt in den USA, welcher der medizinischen Fortbildung dienen sollte. Die Autoren glauben, daß weniger der Wegzug aus der "mütterlich"-verwöhnenden Welt als vielmehr das zum Zeitpunkt der Krankheitsmanifestation knapp zweimonatige Erlebnis einer "väterlich"-fordernden Welt zur Diabetesentstehung (bei hereditärer Vorbelastung) geführt habe. Verbunden war dieser Wechsel mit einer Reihe empfindlicher narzißtischer Kränkungen bezüglich der eigenen fachlichen und sprachlichen Kompetenz.

LEVINE (1976/1977) greift die Diabetesinterpretation seiner 24-jährigen Patientin auf, die ihre Erkrankung unmittelbar nach dem Tod des gleichsinnig erkrankten Vaters als Zeichen ihrer Identifikation mit ihm deutete. Das Verlusterleben selbst hält er allerdings für weniger wichtig; unwidersprochen gibt er die weitere Interpretation seiner Analysandin wieder, wonach ihr Diabetes auch als Strafe aufzufassen sei dafür, daß sie den als ambivalent empfundenen Vater nicht ausreichend vor seinem Tod gepflegt habe.

Bei LEVY/CLARK (1973) wird der Krankheitsausbruch bei ihrem Erwachsenendiabetiker per Zufall angesichts der Operation eines eingewachsenen Zehennagels festgestellt.

ROSS (1970) sieht das Auftreten eines Diabetes bei zwei

ärztlichen Kollegen unter ganz ähnlichen äußeren Bedingungen; beide hatten zur Behebung charakterlicher Schwierigkeiten eine psychoanalytische Behandlung begonnen, die von den Beurteilern in Bezug auf die Heilungsaussichten mit Zweifeln versehen worden war. Bei beiden waren in den Analysestunden wiederholt mit Isolierung und Verleugnung mühsam abgewehrte Wünsche nach mehr Zuwendung von Seiten des Analytikers aufgetaucht. Unter Bearbeitung der hiermit verbundenen Frustrationserlebnisse manifestierte sich bei beiden der Diabetes, für den sich nur in einem Fall eine hereditäre Belastung nachweisen ließ.
Bei RAYCHAUDHURY (1958) ist die Flucht vor religiös motivierten Pogromen unter Verlust spendender Muttersurrogate (Haus in ländlicher Abgeschiedenheit, riesige und kostbare Bibliothek) und der darauffolgende Aufenthalt in einer feindseligen, ganz und gar unmütterlichen Welt zeitlicher Vorläufer der Stoffwechselerkrankung. Nach dem Behandler müßten ätiologisch wirksame Selbstbestrafungswünsche zusätzlich mit in Betracht gezogen werden. Vorausgegangen war auch noch eine erhebliche Adipositas des von ihm dargestellten Altersdiabetikers.
RUDOLF(1970) sieht schließlich bei seiner kindlichen Patientin die Kombination eines allgemeinen moralischen Masochismus in Verbindung mit konkreter vorausgeprägter Strafangst wegen Übertretens gleich mehrerer Verbote (oraler, motorischer und sexueller Triebbedürfnisse) bei ausgeprägter Ich-Schwäche als psychisches Vorbedingungsgefüge einer Diabetesentstehung. Das achtjährige Mädchen wies zudem schon ein Übergewicht auf und hatte erbliche Belastungsfaktoren.
Zuletzt sei noch BRUHN(1974 und 1977) genannt, der mehr-

fach die Arbeitsgruppe um HINKLE und WOLF zitiert (vgl. hierzu auch:HINKLE/WOLF,1952/1953); der vorausgegangene Verlust an Liebe und emotionaler Sicherheit wird von den zuletzt Genannten als Auslöser eines dem Diabetes vergleichbaren Hungerstoffwechsel aufgefaßt. Dabei hätten dem Verlusterleben folgende Emotionen wie Verzweiflung und Enttäuschung eine Ketoacidose als allererste körperliche Symptomatik zur Folge.

Fassen wir hier einmal zusammen und halten zuerst zwei Dinge fest. Es dürfte angesichts der Zitierungen klar geworden sein,daß der übliche Trauma- und Streßbegriff hier wenig Beachtung gefunden hat.Vielmehr wird implizite und generell von einer Vielzahl von Versuchungs- und Versagungssituationen ausgegangen, die als solche erst im Rahmen einer bestimmten Vorstrukturierung aufgefaßt bzw. erlebt werden (s.o.). Vergleichsweise handelt es sich bei Auslösesituationen eines Diabetes also eher um "Mikrotraumen". Das hat zur Konsequenz,daß diese Diabetesvorläufer nicht ohne weiteres einem grobrastigen Filter zugänglich sind,z.B. einer üblichen Anamese. Somit ist erst bei "mikropsychologischer" Betrachtungsweise eine Vergleichbarkeit dieser als relevant erachteten Auslösesituationen möglich.
Esdürfte schließlich deutlich geworden sein,daß die psychosomatische Medizin nicht Vorhandensein oder Wirksamkeit erblicher Belastung leugnet (die umgekehrte Redlichkeit dürfte wohl noch lange auf sich warten lassen).-

Betrachten wir die nun hier fast ausschließlich zur Darstellung gekommenen juvenilen Diabetiker, so können bei sehr vorsichtiger Verallgemeinerung tatsächlich i.S. GROENS akut einsetzende, fast ausschließlich passiv-hilflos erlebte (Geborgenheits-) Verluste bzw.

damit verbundene Angstzustände vor dem Erkrankungsbeginn nachgewiesen werden.Hinzu kommen in den Darstellungen von FALSTEIN/JUDAS, von LEVINE und von RUDOLF virulente masochistische Selbstbestrafungsbedürfnisse der Diabetiker.
Verkürzt formuliert, wäre also die Auslösesituation mit einem Verlust gleichzusetzen, gegen den man sich nicht wehren kann. Sich nicht zur Wehr setzen zu können, dieser Mangel an erlebter und gezeigter (defensiver) Aggression fällt als typisches Merkmal der hier dargestellten Juvenilen Diabetiker allgemein auf und ist zusätzlich wohl ein Teilaspekt der obig genannten masochistischen Selbstbestrafungsbedürfnisse. Somit könnte man vorläufig tatsächlich die Entstehung eines Juvenilen Diabetes als psychosomatische Erkrankung i.S. des Konzeptes von MITSCHERLICHS (MITSCHERLICH,1969,I. und II.) sehen.
Unter Vorwegnahme der Arbeitsergebnisse der somatischen Medizin (Stichworte:Viruserkrankung, autoimmunologische Verursachung eines Juvenilen Diabetes) müßten freilich noch die hier diskutierten Auslösesituationen in ihrer jeweiligen Häufigkeit genauer voneinander abgegrenzt werden.
Mit GOODMAN et al.(1953), v.a. mit CREMERIUS (1956,1957) und kasuistisch gestützt auf den Beitrag von RAYCHAUDHURY (1958) müssen GROEN´S Äußerungen betreffs der Altersdiabetiker dahingehend modifiziert werden, daß akute Exerzerbationen chronifizierter Einsamkeit nicht automatisch in eine diabetische Erkrankung ausmünden,sondern zuerst in ein Vielessen. Angesichts nur minimaler weiterführender Erkenntnisse muß gefragt werden,ob ausschließlich die von CREMERIUS zitierten, von ihm als persönlichkeitsstrukturell verankert gesehenen "sympathikotonen Angst- und Kampfstimmungen" bei paranoischem

Mißtrauen der Diabetiker letztendlich zur Krankheitsmanifestation führen. Oder ob nicht im Rahmen des kompensatorischen Vielessens ein kritisches Körpergewicht überschritten wird,infolgedessen ein relativer Insulinmangel zu verzeichnen ist (s. somatisches Konzept der Insulinrezeptoren,vgl. u.a. Monatskurse für ärztliche Fortbildung,1980 und der Spiegel,1976). Wir müssen uns - zumindest bei Altersdiabetikern - fragen, ob ihre Erkrankung wirklich dem hier unterstellten Mechanismus: "psychoneurotisch" vorstrukturierte Persönlichkeit + persönlichkeitssensible bzw. -spezifische Auslösesituation—Psychosomatose folgt.
Oder ob nicht hier ein körpergewichtvermitteltes Abnehmen der Insulinwirksamkeit der Krankheitsauslöser ist.

Nun wird von psychosomatischer Seite aus zusätzlich Kritik an der hier und allgemein bisher geübten Sichtweise laut; das gilt zum einen generell für die hier ausschließlich zur Geltung kommenden triebdynamischen Konzepte einer psychosomatischen Erkrankung bzw. spezieller für das im gleichen Betrachtungsrahmen stehende Modell der zweiphasigen Verdrängung (siehe dazu MERTENS,1981). Für den hier zur Debatte stehenden Objektverlust als Krankheitsauslöser haben sich schon wesentlich frühzeitiger Relativierungsversuche geltend gemacht; aus einer Arbeit von SLAWSON et al. (1963b) wird deutlich, daß der - allerdings auch hier vorwiegend im triebdynamischen Kontext gesehene - Objektverlust für viele Erkrankungen als Auslösefaktor in Anspruch genommen wird: für Krankenhauseinweisungen überhaupt (SCHMALE, 1958), für die Colitis ulcerosa

(nach ENGEL, 1955), für die MS(WITTKOWER, 1958) und Erkrankungen des RES bei Kindern (GREEN,1954, 1956 und 1958, sämtliche zitiert nach SLAWSON).
Zieht man nun noch einige bisher von psychosomatischer Seite vernachlässigte, von der Inneren Medizin genannten manifestationsfördernden Anlässe hinzu wie z.B. ein Infekt oder eine Schwangerschaft (vgl.MEHNERT und FÖRSTER in SIEGENTHALER, 1973), so ist es nachgerade schwer, für den Diabetes einheitliche, von anderen Erkrankungen unterscheidbare manifestationsfördernde Anlässe zu nennen.
Bei der vorläufig abschließenden Betrachtung des Ausgangspunktes der Diskussion um den Begriff der "auslösenden Situation" muß demnach gesagt werden,daß das Ziel einer Beschreibung einer im Kontext der betroffenen Personen stehenden, somit spezifischen Auslösesituation bei Alters- wie bei Juvenilen Diabetikern sicher noch nicht endgültig erreicht ist, darüber hinaus insgesamt in Anbetracht der somatischen Befunde im Zweifel steht. Das bedeutet jedoch in keiner Weise,daß der hier mehrfach zur Sprache gekommene Objektverlust als uninteressant oder gar irrelevant abgetan werden müßte. Zu fragen wäre vielmehr, ob Objekt- und Liebesverlust für Patienten mit verschiedenen Erkrankungen die gleiche Bedeutung hat.Eine zweite Frage wäre die, mit welcher Häufigkeit die einzelnen hier diskutierten Auslösesituationen und -mechanismen beim Diabetes auftreten (s. auch oben). Eine dritte Fragestellung könnte lauten, ob die implizite gesuchte Krankheitsspezifität des Diabetes wirklich in differenten Auslösesituationen zu suchen ist.
Eine logische und empirisch wahrscheinlich haltbare Konsequenz aus obiger kritischer Überlegung könnte dann sein, Diabetiker als überaus verletzlich im mit-

menschlichen Bereich - wie andere psychosomatisch Kranke auch - zu sehen und im Objektverlust einen unter vielen, wohl eher unspezifischen Auslöser ihrer Krankheit anzunehmen.

B. Stand der somatischen Forschung

Einleitend sei noch einmal darauf hingewiesen, daß von psychosomatischer Seite weder bestritten wird, daß Erb- bzw. konstitutionelle Momente für die Entstehung einer Neurose (siehe grundsätzlichdazu ELHARDT (1976) bzw. einer psychosomatischen Erkrankung eine Rolle spielen können (vgl. Mitscherlich, 1969) , noch daß die körperlichen Krankheitssymptome eine Eigengesetzlichkeit aufweisen können (vgl. dazu etwa Schwidder , 1958/1959) .

Aus somatischer Sicht nun ist der Diabetes als eine vererbliche Erkrankung (siehe früher etwa GÜNTHER, 1963 und MEHNERT/SCHÖFFLING, 1974)aufgefaßt worden, wobei die Polygenie als der wahrscheinlichste Erbmodus gilt . Die Zahl der beteiligten Gene und ihr eventuell gar verschiedener Wirkungsmodus waren zunächst unbekannt. Einige Gene erschienen dominant , einige wiederum rezessiv vererbt , sie alle schienen zudem eine verschiedenartige Pentranz aufzuweisen (JÖRGENSEN , 1975).

CERASI/LUFT (1975) betonten , daß nicht eine Insulinresistenz oder ein -antagonismus , auch nicht eine gestörte Umwandlung von Insulinvorformen, in die biologisch aktive Substanz vererbt würden; das "diabetische Erbe" dürfte ihrer Meinung nach in einer gestörten Insulinfreisetzung bestehen.

Diese Verzögerung der Insulinfreisetzung liege bei manifesten wie sog. latenten Diabetikern qualitativ im gleichen Umfang vor und müsse ursächlich auf eine verminderte Empfindlichkeit des (pankreatischen) Glucoserezeptors bezogen werden.Hyperglykämie sei für diesen nur noch eingeschränkt ein Signal für die Insulinabgabe (aus den Langerhanschen Inselzellen). Nur bei Prädiabetikern mit dieser gestörten " Sensibilität " (s.o.)wirkten sog. diabetogene Faktoren wie z.B. Übergewicht i.S. einer darauffolgenden Krankheitsmanifestation. Jene diversen Faktoren aber seien grundsätzlich im Sinne eines akuten Mehrbedarfes an Insulin pathogenetisch wirksam.. Von den genannten Autoren wurden noch weitere Unterschiede zwischen manifest und latent an Diabeteserkrankten genannt; die Kompensationsmechanismen des Zusammenspiels zwischen Insulinsekretion und hepatischer Glucoseabgabe an das Blut bzw. zwischen der Glykogenolyse und der Gluconeogenese seien bei manifest Erkrankten zusätzlich derart außer Kraft gesetzt, daß letztlich eine Hyperglykämie auf Dauer als Stimulus einer ohnehin schon gestörten Insulinfreisetzung jene vollends überfordere, so daß daraus nicht etwa nur eine transistorische Betriebsstörung, sondern eine irreversible Erkrankung resultiere.

Die von CERASI/LUFT früher skeptisch beurteilte Möglichkeit pathogen wirksamer Virusinfektion bzw. autoimmunologischer Ursachen der diabetischen Erkrankung dürfte sich heute nicht mehr halten lassen (s.u.).

Die in sich geschlossen wirkende pathogenetische Vorstellung hat zum Nachteil, daß sie das Zustandekommen all jener hier nur summarisch genannter Zusatzbedingungen, die einen bisher latenten Erbfaktor

in eine manifeste Krankheit überführen, sehr summarisch eben als Zusatzbedingungen und damit eher am Rande stehend sieht.
Ein zweiter Nachteil liegt wohl darin, daß jene von CERASI/LUFT genannte "Sekretionsstarre" nur für eine Diabetesform, nämlich den Altersdiabetes, zutrifft und auch dementsprechend therapeutisch genutzt wird.
Die Juvenile Form (oder neuer formuliert: Typ I) des Diabetes hat nach neueren Erkenntnissen sehr viel mehr mit jenen Manifestationsbedingungen gemein, welche die zitierten Autoren noch für unwahrscheinlich apostrophierten. Sowohl die virale Infektion mit jahreszeitlicher Häufung kindlich-jugendlicher Diabetes erscheint möglich, als auch die immunologische Verursachung denkbar (vgl. der Arzneimittelbrief, Nr. 11, 1981), als deren (histo-) morphologischen Substrat u.a. DHOM (in EDER, 1977) perinsulinäre Infiltrate als Ausdruck einer Insulinitis diskutierte.
Es scheinen aus heutiger Sicht in der Medizin also sehr unterschiedliche pathogenetische Vorstellungen über eine Diabetesentstehung zu existieren. In der Ätiologie des Typs I wird die Frage nach einer Vererbung mit dem Verweis auf die Histokompatibilitätsregion, konkreter mit dem Hinweis auf eine genetische Empfindlichkeit für eine immunologische Schädigung der Inselzellen (HLA-DR 3) und eine zweite, genetisch vermittelte Empfänglichkeit für eine virale und immunologische Schädigung (HLA-DR 4) beantwortet (Deutsches Ärzteblatt, 1982). Damit wäre der Differenzierung aber noch nicht genug. Der unterschiedliche Anteil viraler bzw. immunologischer Anteile an der Entstehung eines Juvenilen Diabetes führte

- in enger Anlehnung an differente Genloci - zur Vorstellung von drei Subtypen des Juvenilen Diabetes (Deutsches Ärzteblatt, 1982). Auch die Unempfindlichkeit gegenüber viraler und/oder autoimmunologischer Schädigung des Inselzellapparates wurde mittlerweile schon genetisch definiert (HLA-DR-2-Träger). Beim Altersdiabetes hingegen wird unverändert die Bedeutung peripherer, an der Zelloberfläche gelegener Insulinrezeptoren hervorgehoben, die nach Bindung des zirkulierenden Insulins dessen zelluläre Wirkung überhaupt erst ermöglichten. Mit steigendem Körpergewicht nähme ihre Zahl immer mehr ab, woraus - als Kompensation - zuerst eine gesteigerte Insulinproduktion und dann eine zunehmende Erschöpfung des Inselzellapparates resultiere. Somit tritt also - im Unterschied zum Altersdiabetes - die genetische Komponente bei der Entstehung des Juvenilen Diabetes nunmehr stark in den Vordergrund.

Zusätzlich zu der Problematik unterschiedlicher Diabetesentstehungsweisen sollen kurz auch noch andere Fragen erörtert werden, so etwa die der Wirkungen des vegetativen Nervensystems auf den Inselzellapparat.
Hier ergibt sich zumindest aus der Sicht bis etwa 1975 eine Kontroverse: FRERICHS (1975) sieht für das parasymphatische Nervensystem einen positiven, d.h. die Freisetzung von Insulin stimulierenden Effekt. Für den Symphaticus nimmt jener Autor eine beta-2-stimulierende Adrenalinwirkung und eine alpha-blockierende Wirkung sowohl von Adrenalin wie auch Noradrenalin an. Ersterer Effekt führe zu einer vermehrten Freisetzung, letzterer zu einer verminderten

Insulinsekretion. Man müsse eine auf diese Weise vermittelte, von anderen Stimulationen unabhängige Dauerbeeinflussung der Inselzellen durch das Eingeweidenervensystem annehmen. HASSELBLATT (1975) hingegen sieht vor allem methodische Schwierigkeiten (etwa bei Messungen basaler Insulinkonzentrationen), die einer klaren Auskunft hinsichtlich der Frage nach dem Einfluß des vegetativen Nervensystems im Wege stünden. Offen sei auch noch, inwieweit die Freien Fettsäuren als positive Effektoren einer Insulinliberation gelten dürften, was zumindest unter experimentellen Bedingungen für Ketonkörper gesichert sei.

Eine weitere Frage, die - gestützt auf die Annahme des schon diskutierten Erbfaktors - schon logischerweise zu stellen ist, nämlich nach Zusatzbedingungen einer Diabetesmanifestation, wird in den Lehrbüchern der Inneren Medizin weiterhin in etwa einheitlich und lapidar beantwortet: Schwangerschaften, Fettsucht, Infekte, Medikamentengabe (Ovulationshemmer, Saluretika, Glucocorticoide) sowie Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse (zitiert nach JÜRGENSEN, 1975, s. auch MEHNERT in SIEGENTHALER, 2. Aufl., 1973).

Welches könnten nun die geeigneten Schlußfolgerungen für die psychosomatische Theorienbildung zum Diabetes sein?
Im Einzelnen kann man wohl sagen: Das Fress-/Fettsuchtkonzept (vgl. auch Kapitel IV c) bedarf nach somatischem Forschungsstand heute keiner weiteren zusätzlichen Annahme als der eines kritischen Körpergewichts, oberhalb dessen das körpereigene Insulin nicht mehr für die Depothaltung der Fette und für die Zuckerverwertung ausreicht, Aus somatischer Sicht ist somit (s.o.) die körpergewichtkorrelierte Insulinrezeptorentheorie anzuführen

(vgl. auch ärztliche Monatskurse, 1, 1980, der Spiegel, 30.Jg., 1976), wonach jene peripheren Insulinrezeptoren mit steigendem Körpergewicht sich verminderten und dadurch eine Wirkung des Bauchspeicheldrüsenhormons zunehmend vereitelt wird. Zur Ätiologie des Vielessens freilich wird aus dieser Betrachtungsweise kaum ein erhellender Beitrag zu erwarten sein.

Die pathogenetische Vorstellung vom Diabetes als eines irreversibel gewordenen Hungerstoffwechsels psychischer Herkunft (2. Konzept) kann derzeit wohl nicht zweifelsfrei bewiesen werden. Zu viele noch dazu schwer überschaubare Einzelschritte im Stoffwechsel müßten zusammenwirken: lokale Aktivität von Noradrenalin im Fettgewebe mit Freisetzung von sehr vielen Fettsäuren, Überlastung der Leber hinsichtlich der Neutralfettbildung mit der Konsequenz z.B. eines hohen FFS-Serumspiegels, Sekretionsreiz seitens eben jener FFS auf die Insulinspeichernden Zellen, beta-2-stimulierende Adrenalinwirkung in den Langerhans'schen Inselzellen u.s.w., Schritte, die hier noch dazu isoliert, d.h. ohne ihre jeweilige Rückkoppelungswirkung betrachtet werden. Es wird demnach klar, daß hierbei zum einen sehr viele Einzelvorgänge miteinander verknüpft sind und in ihren parallelen Effekten empirisch nachgewiesen werden müssen, daß zum anderen diese in ihren einzelnen Auswirkungen noch gar nicht exakt genug abgeklärt worden sind. Von psychosomatischer Seite aus müßten also hierzu - unter Einbeziehung der übergeordneten hormonellen Regulationen- empirische Nachweise geführt werden, die das obige Konzept konkret untermauerten.
Im Falle der Auffassung vom Diabetes als Folgeerscheinung unbewußter, chronifizierter Angst (drittes Konzept) tauchen recht eigentümliche Probleme auf, wenn man daran

geht, sie in ihrer praktischen Relevanz zu überprüfen. Selten genug wurde zum einen überhaupt bisher in der Literatur eine solche Fragestellung verfolgt und auch nur hinsichtlich bewußtseinsfähiger, also eher nichtneurotischer Angst und hier wieder vorwiegend unter der Frage ihrer Auswirkung auf die Kinetik der Freien Fettsäuren (s. Kap. II). Schließlich wurde in der psychosomatischen Literatur nie auch nur theoretisch abzuschätzen versucht, wie, d.h. auf welchen Stoffwechselwegen im Einzelnen chronische Angst sich diabetogen auswirken könnte. Hier sei nur angedeutet, daß zwei Möglichkeiten theoretisch denkbar wären, wie es im Endergebnis zu einer Erschöpfung des Inselzellenapparates kommen kann: Das "Kleine Reaktionsschema" (Namensgebung vom Verfasser!) impliziert theoretisch eine durch Angst ausgelöste, noradrenerg vermittelte Freisetzung der Freien Fettsäuren als Effektoren einer somit in Gang gesetzten dauernden Insulinsekretion; die Vorläufigkeit solcher Vorstellungen ist erwähnt worden.
Ein "Großes Reaktionsschema" könnte so ablaufen: Adrenalinfreisetzung aus dem Nebennierenmark, zusätzliche Glucocorticoidsekretaion mit dem Ergebnis einer Hyperglykämie, zu der möglicherweise die in ihrem Ausmaß noch unklare beta-2-rezeptorisch vermittelte Insulinfreisetzung im Pankreas selbst hinzukommen könnte.
Es verbleibt dann noch die Erörterung der Frage, inwieweit sich solche hier schematisch getrennte Stoffwechselwege überschneiden könnten und wie man die Auswirkungen solcher Prozesse nachweisen sollte (s. obige Erörterung).

Zusammengefaßt läßt sich wohl behaupten, daß derzeit nur ein psychosomatisches Entstehungskonzept, das zudem nur zu einer Diabetesform paßt (Typ II, Altersdiabetes), den

heutigen somatischen Vorstellungskategorien entspricht. Die anderen Modellvorstellungen sind zwar nicht direkt widerlegt (weil nicht aufgegriffen), theoretisch vielleicht möglich, aber weder stoffwechselmäßig befriedigend gesichert noch ausreichend mit anderen pathogenetischen Ansichten hinsichtlich einer Diabetesmanifestation abgestimmt. Oberhaupt noch nicht sind Oberlegungen gemacht worden, inwieweit im Rahmen der vorgenannten Diabeteskonzepte Reversibilität bzw. Chronifizierung (s. dazu MITSCHERLICH, 1961) diabetischer Symptome denkbar sind.

C. Psychoanalytische Auseinandersetzung um die psychosomatische Hypothesenbildung zur Diabetesentstehung

Bisher war der Kanon psychosomatischer Krankheiten sehr eng gefaßt (vgl. ZANDER, 1979). Der Einstieg in die oben genannte Thematik setzt noch einmal die Auseinandersetzung mit jenen Hypothesen voraus, wie sie zur Diabetesentstehung aus psychosomatischer Sicht formuliert wurden.

Obschon mehrfach genannt (vgl. vorheriges Kapitel) sollen sie hier nochmals genauer Darstellung finden (vgl. CREMERIUS, ELHARDT, HOSE, 1956/1957): Auf Grund einer(psycho-)genetischen Koppelung zwischen Essen und Liebe im Erlebnisbereich befriedigten manche Menschen gar nicht mit der Nahrung selbst zusammenhängende Bedürfnisse durch das Essen, genauso wie sie Konflikte, die aus z.B. aggressiven oder sexuellen Bedürfnisspannungen resultieren, ebenso oral zu beschwichtigen trachten. Die Freßsucht (mit Betonung auf den Suchtcharakter der genannten Ersatzbefriedigung) werde so zum Vorläufer und Urheber einer Fettsucht. Durch eine wiederholt provozierte Hyperglykämie werde letztlich der Inselzellenapparat erschöpft (1. Hypothese).

Andererseits könnten Belastungen ganz unterschiedlicher Art, die letztlich unbewußt gleichartig, nämlich als Entbehrung oder Entzug mütterlicher Liebe erlebt würden, auf Grund der nämlichen Koppelung von Essen mit Liebe physiologisch als Nahrungsentzug und stoffwechselmäßig i.S. eines Hungerstoffwechsels beantwortet werden. Diabetes wird also somit als irreversibler Hungerzustand (vgl. BLEULER, 1954) aufgefaßt mit jenem einzigen Unterschied, daß der reale Hungerdiabetes aber nach dem Essen wieder verschwinde (2.Hypothese). Stammten jene beiden Theorien aus der Schule ALEXANDERS resp. HINKLES, so geht eine dritte Modellvorstellung auf WEISS/ENGLISH zurück; Hyperglykämie und Glucosurie seien wiederholt als Folgeerscheinungen von psychischen Bedrohungen, vor allem der inneren Sicherheit und des Selbstwerterlebens beobachtet worden. Auch dem Menschen nicht bewußte Ängste könnten als chronischer Stimulus für die Insulinsekretion aufgefaßt werden, der letzlich wiederum zur Inselzellerschöpfung führe (3.Hypothese).

CREMERIUS hat dann für den Altersdiabetes das erste Konzept vertieft (1956a und b, 1957). Essen ist nach ihm zweifach determiniert; zum einen solle es ersatzweise Erlebnisse oder/und Handlungen aggressiver bzw. sexueller Natur befriedigen (vgl. oben), zum anderen aber auch die aus dem Vielessen selbst resultierende geringe Befriedigung angesichts ausbleibenden Gesättigtseins durch erneutes Mehressen noch steigern. Das Vielessen werde infolge des vom Primärwunsch verschobenen Schuldgefühls kaum als solches registriert. Es sei nur ein Aspekt der depressiven Struktur jener Menschen. Ungeachtet der zumeist oralen Beschwichtigungsversuche

mit unterschiedlichem Sublimierungsgrad bleibe beim späteren Diabetiker im Unterschied zum bloß Fettsüchtigen immer ein erheblicher Teil an ungebundener Angst bestehen. Jene sei aber Miturheberin der Inselzellenerschöpfung (über vermehrte Adrenalinausschüttung), die ansonst durch wiederholte postprandiale Hyperglykämien und eine direkte Vagusstimulation des Pankreas (vgl. hierzu auch FOA, 1957, KEEN, 1965) hervorgerufen werde.
Auf Grund der Anwendung dieser für Diabetiker typisch gehaltenen Konfliktsituationen wurde experimentell sogar der Nachweis zu erbringen versucht, daß man bei Kenntnis dieser Problematik allein per tiefenpsychologischem Interview die Krankheit diagnostizieren könnte. LEWIS/LEWIS(1975) berichten, daß bei Erarbeitung der Biographie ohne Kenntnis diabetischer Symptome diese Stoffwechselkrankheit in 2/3 aller Fälle erkannt würde.

Das weitere Schicksal jener ätiologischen Diabetesvorstellungen ist relativ einfach zu umschreiben; im angloamerikanischen Sprachraum ist eine direkte bzw. argumentative Auseinandersetzung nicht erfolgt. Auffällig ist nur, daß mitunter der Diabetes fraglos als psychosomatische Erkrankung anerkannt wird (s. PASAMANIACK, 1962, RENNIE et al., 1956).
Im deutschen Sprachraum hat RUDOLF (1970) ihre Anwendung auf eine zugleich psychotische wie diabetische Patientin mit Erfolg versucht (vgl. Kapitel über psychiatrische Kasuistik).
Jahre früher hat FRANK (1954) von biochemischen Überlegungen aus die Modellvorstellung von einem Diabetes

als irreversiblen Hungerzustand kritisiert. Er wehrt sich - mit Recht - dagegen, den bleibenden Insulinmangel des Diabetes gleichzusetzen mit einer vorübergehenden, hunger-typischen Insulinmindersekretion. Die im Hunger nur flüchtige Änderung des Verhältnisses zwischen den Konzentrationen von STH (oder GH) zu denen des Insulins sei allenfalls noch mit ähnlichen Verhältnissen bei der Akromagalie parallel zu sehen.
Nur würde bei der - seltenen - Akromegalie der ja nicht nur flüchtig, sondern dauernd erhöhte STH-Spiegel und nicht etwa persistierender Hunger zu einer Diabetesmanifestation führen. Im übrigen seien bei dieser Erkrankung die Diabeteskonzepte psychosomatischer Herkunft noch nicht überprüft worden. Konsequenterweise habe man bei der Gleichsetzung von Diabetes mit irreversiblen Hungerstoffwechsel nachzuweisen, daß der seelische Hunger nach Anerkennung und Liebe zu mächtigen STH-Sekretionen führe. Andererseits sei nicht bekannt, ob auch dann der Primat der Fettverbrennung eintreten werde, wenn im realen Leben ein genügendes Kohlehydrat-Angebot bestehe, ob also der Körper wirklich nicht, wie in diesem Konzept behauptet wird, von der von außen angebotenen Nahrung Gebrauch zu machen imstande sei. Diese Stoffwechselveränderungen: Hunger, Insulinminder- und STH-Mehrsekretion, Primat der Fettverbrennung auch bei KH-Angeboten in der Nahrung, müßten als bleibende Umschaltvorgänge nachgewiesen werden, um den Diabetes tatsächlich und nicht nur in der Analogie als irreversiblen Hungerzustand deklarieren zu können.
In Form einer kurzen Anmerkung sei hierzu noch WHITE (1961) zitiert, die bei kindlichen Diabetesmanifestationen allerdings vorausgehende Wachstumsschübe beobachten konnte (STH-Veränderungen).
Hier sei vor allem aus erkenntnistheoretischer Sicht

der von FRANK erhobene Vorwurf verdeutlicht, wonach beim Konzept vom Diabetes als dauerndem Hungerstoffwechsel vor allem der Fehler der Umbildung von Analogieschlüssen zu Kausalbeziehungen deutlich wird. Die Betrachtung der neueren Diabetesforschung aus somatischer Sicht wurde im vorausgegangenen Unterkapitel schon vorgenommen; es sei hier erwähnt, daß FRANKS Argumentation nicht zur experimentellen Überprüfung der Sichtweise des Diabetes als eines irreversiblen Hungerstoffwechsels geführt hat. In diesem Kapitel sollen ergänzend zu den stoffwechselphysiologischen (s. eigenes Kapitel) und jenem zuletzt zitierten erkenntnistheoretischen Einwand aber nun auch noch all jene weit verstreuten Gegenargumente primär psychologischer Natur aufgegriffen werden, die den genannten Diabeteskonzepten implizite oder explizite widersprechen.

Sie lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Es gibt keinen einheitlichen oder familiär bedingten Erlebnishorizont für spätere Diabetiker, schon gar nicht eine diabetestypische Familienstruktur (BRUCH, 1959, LEONHARDT, 1957, 1958).

2. Die Folge von 1. ist, daß dann auch nicht ein persönlichkeitsstrukturell gewordener, einheitlicher "diabetischer" Grundkonflikt gefunden werden könne, sondern vielmehr alle Varianten von Problemen und Konflikten (dieselben Autoren).

3. Die enge Verzahnung (oder psychogenetische Koppelung) von Liebe und Essen muß als ganz allgemeinmenschliches Problem gesehen werden; sie macht somit keinen Grundkonflikt nur des Diabetikers aus (BLEULER, 1954).

4. Was - nicht nur beim Diabetes - für den persönlichkeitsstrukturellen Konflikt gehalten wird, ist oft genug nur eine Reihe krankheitsdependenter Persönlichkeitszüge; diese von prämorbiden zu trennen, ist faktisch unmöglich (KÄMMERER/REINDELL, 1977).

5. Die Eruierung eines Grundkonfliktes beruht auf nur allzu subjektiver Einschätzung, erklärbar auch dadurch, daß bis heute objektive Methoden zur Stressevaluierung fehlen (GOLDNER, 1958, HOLMES/RAHE, 1967, MENDELS/WEINSTEIN, 1972).

6. Es gibt kein spezifisches Auslösemoment des Diabetes, das sich zudem als persönlichkeitsverankert verstehen ließe. Realer oder vermeintlicher Objektverlust mit reaktiver Depression ist als Präkursor vieler Erkrankungen aufzufassen, mithin unspezifisch (SLAWSON, 1963, KÄMMERER/REINDELL, 1977). Vor allem beim Juvenilen Diabetes dürften außerdem somatische Faktoren vorrangige Bedeutung haben (KÄMMERER/REINDELL, 1977).

7. Der Diabetes kann unmöglich als eine psychosomatische Krankheit aufgefaßt werden in dem Sinne, daß eine Organwahl nach Art einer präformierten psychosomatischen Bahnung erfolge. Eine Organwahl ereignet sich nur im Rahmen einer körperlich-konstitutionellen Empfindlichkeit (BAKER, 1970, DANOWSKI, 1963, KAPLAN/KAPLAN, 1959, MINUCHIN, 1975). Im Gegensatz dazu stehen ältere Autoren wie KEMPER, 1954, 1958/1959, BAUMEYER, 1957 und SCHWIDDER, 1958/1959 in ihrer gegenteiligen Auffassungsweise.

8. Nur eine sehr kleine Gruppe diabetischer Kinder darf als psychosomatisch erkrankt in jenem Sinne erachtet werden, daß sie wiederholt ketoacidotisch entgleisen. Sie charakterisiert das Fehlen aggressiver Selbstbehauptungsmöglichkeiten und eine gestörte Realitätsprüfung (BAKER, 1970).

Zunächst einmal muß bei Erwiderung auf diese Thesen gesagt werden, daß einige unter ihnen (Nr. 4, 5) grundsätzliche Probleme psychosomatischer Forschung berühren (s. dazu auch LUBORSKY, 1977). Sodann soll hervorgehoben werden, daß bei Herausarbeitung jener Modellvorstellungen zur Diabetesentstehung explizite nur die Erhellung einiger, keineswegs aller Verursachungsmöglichkeiten das Ziel gewesen war, ohne daß psychosomatische Entstehensweisen in ihrer Häufigkeit näher bestimmt worden wären. Was schon erörtert wurde (s. Kapitel: Testpsychologie, psychophysiologische Forschung) sei hier nur am Rande vermerkt: Es wäre ja schön, hätten generell und zusätzlich konkret bei Diabetes mell. jene objektiven (d.h. testpsychologischen) Meßmethoden Informationen erbracht, die ihrerseits eindeutig und umfassend genug gewesen wären, um nicht hinterfragt werden zu müssen. Auch jüngst entwickelte Forschungsinstrumente, z.B. die LIFE-EVENTS-Forschung (siehe dazu HOLMES und RAHE, z.B. 1967) können nur grobe, vom Bewußtsein her gesehen oberflächennahe Erkenntnisse liefern, die tiefenpsychologische Erkenntnisse mit ihrem anderen Erfassungsmodus durchaus nicht zu "objektivieren" vermögen. Zu fragen wäre bei diesen und ähnlichen Einwänden zudem, ob in ihnen nicht auch die Forderung nach der absolut gesetzten naturwissenschaftlichen Objektivität auftaucht, ganz

im Gegensatz zu der in der Psychoanalyse "nur" erreichbaren Tiefenthermeneutik (MERTENS, 1981). Zu LEONHARDT (These 1 und 2) sollen folgende Anmerkungen gemacht werden: Gerade für das Freß/Fettsucht-konzept bei den Altersdiabetikern hat CREMERIUS durchaus die pathogene Rolle sehr verschieden strukturierter Mütter und somit implizite auch unterschiedlicher kindlicher Erfahrungshorizonte beschrieben. Einheitlich aber erscheint die mehrheitlich versagende-restriktive Einstellung der Mütter zu ihren Kindern (den späteren Altersdiabetikern) beim Erreichen der ödipalen Phase (gewesen) zu sein, darüber hinaus deren Fixation an die orale Verwöhnungsinsel, zu der sie dann im Versagungsfall zu regredieren gezwungen waren.

Wie sieht es aber nun bei den Juvenilen Diabetikern aus? Hier wird (These 6) das Überwiegen somatischer Faktoren postuliert bzw. der Kreis psychosomatisch Erkrankter auf ein kleines, umschriebenes Kollektiv eingegrenzt (These 8). Naturgemäß finden solche Äusserungen dann zustimmende Beachtung, wenn, wie jüngst breit diskutiert, Virus- und autoimmun-ätiologische Theorien bezüglich des Juvenilen Diabetes empirische Unterstützung erfahren (z.B. Deutsches Ärzteblatt, 1982). Doch legen die hier erörterten Kasiustiken (ELHARDT, 1974, RUDOLF, 1970, auch STARR, 1955) ebenso wie die Veröffentlichungen BARCAIS selbst den Gedanken nahe, nun nicht den umgekehrten Schluß zu ziehen und ausschließlich somatische Aspekte der Diabetesgenese in's Auge zu fassen. Allerdings: Der augenblickliche Mangel vergleichender Untersuchungen, die das ätiologische Gleichgewicht somatischer und psychischer Faktoren bei Juvenilen Diabetikern - getrennt nach

Lebensalter, auch diese Differenzierung könnte von Bedeutung sein - abschätzen lassen könnten, macht naturgemäß Einwände zu den Thesen 7 und 8 sehr schwierig. Man wird diese zwei (Gegen-) Thesen also vorläufig stehen lassen und ernst nehmen müssen.
Etwas leichter schon läßt sich auf BLEULER (These 3) antworten, der freilich auch noch die Spruchweisheit ("Liebe geht durch den Magen") für sich hat. Unschwer ließe sich argumentieren, daß die diabetes-typische Verzahnung von Essen = Liebe weit etwa über kompensatorisches Vielessen in passageren Entbehrungssituationen hinausgeht (z.B: beim Examen). Gemeint ist im ersten Diabeteskonzept ja ein dranghaftes und unbewußt bleibendes Vielessen, das ja eben nicht genossen werden ~~werden~~ und somit keine Befriedigung bieten kann. Auch im 2. Konzept war ein spezifischer, körperlich erlebbarer Hungerzustand, der bei Entbehrungen auftritt, gemeint, die eben nur ein Diabetiker - unbewußt - als Entzug mütterlicher Liebe erlebt, ein anderer Mensch jedoch mit anderen Erlebnisqualitäten ausstattet (z.B. als persönliche Herausforderung empfindet) und folglich auch stoffwechselmäßig anders beantwortet.
Auf der anderen Seite kann ruhig BLEULER recht gegeben werden, daß psychoneurotisches Konfliktmaterial oft nur graduell abgemildert Bestandteil allgemeinmenschlicher Probleme ist.
Zur These 7 wäre den Kritikern tatsächlich rechtzugeben, daß zumindest aus heutiger Sicht psychosomatische Forschung kaum mehr nur in den Bahnen ALEXANDERS verläuft. Gerade durch die moderne Ichpsychologische Forschungsrichtung ist die bisherige, ausschließlich triebdynamische Betrachtungsweise, aus der heraus ja die Annahme präformierter psychophysio-

logischer Bahnungen als Grundlage späterer Organwahl kommt, verlassen worden. Auch andere ältere psychosomatische Denktraditionen (siehe STUNKARD, 1959, WOLF, 1959) spielen heute nicht mehr die ursprüngliche Rolle. Vielleicht ist dem Autorenkollektiv (Elhardt et al.) gegenüber dazu der - aus jetziger Sicht freilich wichtige - Einwand vorzubringen, sie hätten in ihren Konzepten die Möglichkeit primärer körperlich-konstitutioneller Empfindlichkeit einerseits nicht völlig von der Hand gewiesen, andererseits aber psychophysische Koppelungs- und Bahnungsvorgänge postuliert, die sie aber nicht mehr experimentell näher zu überprüfen versucht haben.

Zieht man nun das Resümee bezüglich der hier zur Debatte stehenden psychosomatischen Diabeteskonzepte und ihrer Kritiken, so muß man zusammenfassend aus mehreren Kapiteln feststellen, daß die Konzepte bisher weder stoffwechselphysiologisch genauer überprüft worden noch daraufhin näher untersucht worden sind, welchen Stellenwert sie im Vergleich mit anderen Krankheitskonzepten haben. Ganz besonders gilt ersteres für das von FRANK mit Recht kritisierte Hungerkonzept.
Für den Juvenilen Diabetes scheinen zudem aus heutiger Sicht tatsächlich überwiegend somatische Faktoren eine Rolle zu spielen. Aber auch beim Altersdiabetes dürfte bisher nur die ihm zumeist vorausgehende Fettsucht als ein psychosomatisch erklärbares Faktum gelten; die Diabestesmanifestation selbst kann somatogen (Konzept der Insulinrezeptoren), möglicherweise aber auch über persönlichkeitsspezifische Auslösevorgänge bedingt sein (sympathikotone Angst- und Kampfstimmungen als Folge para-

noider Umweltsbezüge, CREMERIUS). Andererseits wird die Auslösung eines Alters- und Juvenilen Diabetes via Depression nach Objektverlust selbst wohl als ein eher unspezifischer Vorgang (Kritikpunkt Nr. 6: Depression als unmittelbarer Auslöser verschiedener Krankheiten) zu betrachten sein, womit auch dieser Krankheitsentstehungsmodus wahrscheinlich kein vollständig eigenständiges Erklärungsprofil bietet.
Auf Grund der Ich-psychologischen Forschung der letzten Jahre kann die ätiologische Aufklärung auch beim diabetischen Syndrom nicht mehr in der Anwendung von aus der ALEXANDER'SCHEN Schule stammenden Begrifflichkeiten mit einseitiger triebtheoretischer Sicht bestehen. Es erscheint sinnvoller, statt von "präformierten psychosomatischen Bahnen " von einer primären körperlichen "Empfindlichkeit" (=Schädigungsmöglichkeit des Inselapparates/ Zahl der Insulinrezeptoren) auszugehen und die Person des Diabetikers gleich welchen Alters nicht mehr nur triebdynamisch zu erfassen (siehe OVERBECK G. und A., 1978).

Im strengen Sinne ist also - zumindest aus heutiger Sicht - der Diabetes mellitus - bis jetzt - kein unumstrittenes psychosomatisches Krankheitsbild. Das zu sagen bedeutet aber in keinem Falle, die in den drei ätiologischen Diabeteskonzepten ausgedrückten, konflikthaften Erlebnisweisen von Diabeteserkrankten zu leugnen oder für unerheblich zu erklären.

V. DIABETES UND SEINE AUSWIRKUNGEN

A) Probleme guter Diabetesführung

Diese beginnen schon mit - zumindest früher - sehr unterschiedlichen ärztlichen Anschauungen darüber, welche Stoffwechselparameter Kriterien guter Diabetesführung sind.
BEASER (1951) hat - allerdings vor langer Zeit - unter amerikanischen Diabetologen ganz unterschiedliche Zielsetzungen herausarbeiten können: Normoglykämie, postprandiale Aglucosurie, Aglucosurie im Mahlzeitenintervall, generelle, aber milde (?) Glucosurie, nicht zu hohe (?) postprandiale BZ-Werte ohne Berücksichtigung der Glucoseausscheidung mit dem Harn, das waren die diversen Kriterien guter Diabetesführung und therapeutischen Zielsetzungen.
Gut zwanzig Jahre später gibt es u.a. eine von WILMS (1973) herausgegebene vierstufige, also durchaus variable Zielsetzung bei der Stoffwechselführung.
Das Problem ist hierbei die differierende subjektive Strenge, mit der ein Diabetiker hinsichtlich der offenbar auch von ärztlicher Seite unterschiedlich strikt gesehenen Notwendigkeit genauer Zuckereinstellung geführt wird.
Von psychologischer Seite weist v.a. STRAUSS (1975) auf das Problem hin, daß man nicht unbedingt zwanghafte Personen mit ihrer Vorliebe für eng gesteckte Vorschriften ebenso behandeln dürfe wie anders Strukturierte. Abgesehen von der von Ärzten unterschiedlich gewichteten Güte einer Stoffwechselführung sei zu warnen vor einer iatrogen verstärkten zwangsneurotischen Angstabwehr, die das selbstständige Zugreifen beim Essen noch mehr behin-

dere. Angesichts solcher psychologischer Beeinträchtigung müsse sich strenge ärztliche Zielsetzung also relativieren.
Genau umgekehrt fokussiert LEONHARDT (1957, 1959) das Diätthema. An einem fiktiven Beispiel einer versehentlich zu hoch bemessenen Insulindosis verdeutlicht sie über die mit diesem Beispiel verbundene gestörte Nachtruhe aller Familienmitglieder, wie eingreifend Lebensvollzüge aller gestört sein können durch einen fehlerhaften Behandlungsschritt. Damit demonstriert sie die Einseitigkeit nur psycho-pathologischer Betrachtungsweise. In diesem Zusammenhang wertet sie eine korrekte Stoffwechselführung als Prävention einer sonst oft beobachtbaren sekundären Neurotisierung. Wir sehen also ärztliche Maßnahmen einmal unter dem Gesichtspunkt der Vorbeugung von psychischer Symptombildung, zum anderen als Verstärkermechanismen schon prämorbid vorhandener Konflikte.
Auf eine noch ganz andere Art und Weise ist das Diabetesregime problematisierbar bzw. kompliziert. Es erscheint in der bisherigen Literatur sehr umstritten, welche Determinanten eine gute resp. schlechte Prognose hinsichtlich korrekter Stoffwechselführung bedingen.
SIMONDS (1977 a und b) sieht z.B. bei Kindern eine mangelhafte Diabeteseinstellung verknüpft mit pauschal von ihm so genannten Störungen im Umgang mit anderen Menschen; CROWELL (1953) und auch ANDERSON et al. (1963) können solche Beziehungssetzungen nicht nachvollziehen. Überzeugend behaupten STEINHAUSEN/BÖRNER (1978), daß die Extraversion über den Umweg schlechterer Lernvoraussetzungen mit Beginn des zweiten Jahres einer Diabeteserkrankung zu schlechteren Behandlungsergebnissen bei Kindern mit dieser Merkmalsausprägung führe. STONE (1961) sieht keinen Zusammenhang zwischen Parametern guter Diabetesführung und Alter, Perso-

nenstand, religiösem Bekenntnis und beruflicher Tätigkeit des Erkrankten, auch nicht mit der Diabetesdauer. Umgekehrt behaupten LUDVIGSSON et al. (1977) wie auch TIETZ/VIDMAR (1972), daß das höhere Alter und die lange Krankheitsdauer über die damit verbundene größere Reife der Betroffenen die Stoffwechselführung besser geraten ließen. LUDVIGSSON et al. (1977) wiederum sehen eindeutig die fehler- und schwankungsfreie BZ-Einstellung vor allem durch gute theoretische Kenntnisse bedingt, unterstützt durch KNOWLES et al. (1964); keine Beziehung zwischen diesen Variablen vermögen COLLIER/ETZWILER (1971), wiederum STRAUSS (1975) und TIETZ/VIDMAR (1972) zu erkennen. Die nämliche Meinungsverschiedenheit besteht zwischen STEINHAUSEN/BÖRNER (1978) und ZEIDEL (1970) über die Rolle der Pubertät, die einmal zu Behandlungskrisen führen soll, dann jedoch wieder zur konstanten, stetigen Stoffwechselführung.

Das Auftreten solcher Widersprüche ist eng verknüpft mit den zugrundeliegenden korrelativen Untersuchungen, die obigen Aussagen zugrunde liegen; die größte Gefahr ist bei den zitierten Arbeiten die Isolierung, mit der pseudoexakt persönlichkeitsabhängige Variablen mit keineswegs persönlichkeitsneutralen Stoffwechselparametern in Beziehung gesetzt werden: z.B. das Alter, das religiöse Bekenntnis der Betroffenen. Ähnlich problematisch verhält es sich mit den immer wieder bemühten "objektiven" Gütekriterien der Diabetesführung. Es erscheint bezweifelbar, ob an den Stichtagen untersuchte BZ-Spiegel u.ä. eine Aussage erlauben darüber, wie sich diese Werte in den kontrollfreien Intervallen verhalten. Statistische Probleme, wie sie sich aus der beliebten "matched-pairs"-Technik ergeben, werden hier nicht näher erörtert, wohl aber noch

einmal angeführt.

Zumindest für die Wahrung der wissenschaftlichen Objektivität erscheint es unabdingbar, die sogenannten objektiven Faktoren nicht isoliert zu sehen, sondern immer etwa zu fragen, wie denn beispielsweise die Stellung eines Diabetikers in der Geschwisterreihe sich in dessen Erleben widerspiegelt.
Für die nun folgenden Themen wie etwa der Diätführung oder der Insulinbehandlung wird, so weit möglich, eine solche Isolierung zu vermeiden versucht.
Mit der vorigen Erwähnung des zweiten Problemfelds: Korrelation der Diabetesführung mit Persönlichkeitsfaktoren sollte auch demonstriert werden, wie wenig Einigkeit über prognostische Indices hinsichtlich des Diabetesverlaufs besteht, wie wenig Ansätze zu Strategien da sind, prognostisch ungünstige soziale oder/und persönliche Merkmale der Diabeteskranken in ihren schädlichen Auswirkungen auf den Diabetesverlauf bzw. Behandlung zu minimalisieren und günstige Betroffeneneigenschaften zur Verbesserung des Behandlungserfolgs einzusetzen. Gerade auf diesem thematischen Feld erscheinen Fortschritte sehr vonnöten zu sein.

B. Reaktionen der Betroffenen auf die Diagnosestellung

Die Diabetesmanifestation selbst soll im Vergleich zu anderen chronischen Erkrankungen mehr Angst heraufbeschwören, als sie sonst zu beobachten ist (BRUHN, 1974, KOSKI, 1969, PALMER, 1958, TUNBRIDGE, 1962). Es wird die Frage aufgeworfen, ob nicht die häufige Annahme der Betroffenen, daß äußerlich harmlose Faktoren wie ein Sturz von der Treppe oder eine Erkältung am Krankheitsausbruch schuld seien, den Diabetes in seiner Erblichkeit verharmlost und darum eine Abwehrfunktion hat (FRANKEL, 1975). Juvenile Diabetiker beantworten die Frage nach der Krankheitsursache häufig mit dem Verweis auf ein persönliches Verschulden (ACK, 1974, DANIELS, 1975, GILL, 1975). Noch häufiger wurde die Krankheit mit dem Essen verknüpft (ZEIDEL, 1970).
Diese Beziehungssetzung kann man nun als unverbindliche bis skurrile Laienmeinung abtun; ebenso aber wäre es möglich und arbeitshypothetisch interessant, der Frage nachzugehen, inwieweit aus solchen Betroffenenäußerungen ein diagnostischer Schluß auf den hauptsächlich gestörten Antriebs- und Erlebnisbereich der Betroffenen gezogen werden kann. Hinzugefügt wird, daß hierzu noch keine Untersuchungen angestellt worden sind.
Die Elternreaktionen und -erklärungen für den (kindlichen) Diabetes sind wohl nicht von sachlichen Überlegungen bestimmt. Aus ihnen wird eher die Eltern-Kind-Beziehung deutlich (BRUCH, 1959).Typischerweise entsteht eine Familienkrise und erfolgt eine Schuldzuweisung für die Krankheitsmanifestation auf den Elternteil, in dessen Familie ein Diabetes schon aufgetreten ist (FISCHER/DOLGER, 1946, LOUGHLIN, 1965, LUM, 1976, SCHIFF, 1964, STEINHAUSEN, 1977, TIETZ/VIDMAR, 1972). Angst und Verwirrung

in der ersten Krankheitsphase ist fast regelhaft anzutreffen. Ihre Gefühlslebendigkeit und Bewältigung ist neben sozialökonomischen Faktoren (BANK, 1966) ausschlaggebend für eine spätere gute Diabeteseinstellung beim Kind (KOSKI, 1969). Relativierend muß natürlich betont werden, daß jede als eingreifend erlebte Erkrankung eines Kindes bei den Eltern Schuldgefühle auslösen (STERKY, 1963) und natürlich nach jeder Krankheitsmanifestation eine Familie in einen Stresszustand geraten kann (HODOSI, 1966). Vereinzelt wird auch von unproblematischer Diabetesakzeptanz berichtet, v.a. bei Altersdiabetikern (WALKER, 1957).

Die große Gefahr bisheriger Diabetesliteratur zu diesem Thema liegt in der wiederholten Beschreibung mehr oder weniger regelhaft ablaufender Prozesse allmählicher Krankheitsakzeptanz (Beispiel für viele:WELBORNE, 1976). Sie läßt, wie oben angedeutet, die diagnostische Wertigkeit der Reaktionen der Betroffenen auf die Diagnosestellung in Bezug auf die in ihnen vielleicht erkennbaren Grundkonflikte und Probleme ihrer Umweltsbeziehungen weitgehend außer Acht. Ein Vorteil der zuletzt implizite geforderten individualisierten Betrachtungsweise ist auch die Einfühlbarkeit in unverständlich erscheinende Verhaltensweisen der Diabetiker nach Krankheitsbeginn, wie sie aus Fallbeispielen ersichtlich sind (KANNER, 1948, SLAWSON, 1963). Fälle sozialer Devianz und Delinquenz (KANNER) und kleinkindhafter Regression (SLAWSON) werden dann nicht mehr als Kuriosa verstanden, sondern lebensgeschichtlich einfühlbar. Nur dann, wenn die Reaktion der Erkrankten und ihrer Angehörigen in Bezug gesetzt werden kann zu ihrer Biographie, ist die bisherige statistische Rubrizierung mehr oder weniger

plausibler Verhaltensweisen durch tiefenpsychologische Verstehensweise abgelöst.

C. Diätführung

Die Diätbefolgung ist ein unumstrittener Prüfstein guter Diabetesanpassung (KENNEDY, 1955, MEHNERT, 1974). Aus psychologischer Sicht bedeutet die Diätbefolgung zunächst einmal den Verzicht auf eine sehr basale Form von Unabhängigkeit, nämlich den (erzwungenen) Verzicht auf freie Auswahl von Speisen (GROEN, 1973). Essen hingegen beinhaltet darüber hinaus nicht nur für den Diabetiker ein z.T. unbewußt gebrauchtes Ersatzmittel für nicht gelebte Antriebsbereiche (CREMERIUS, 1956 a und b, 1957), das nun auch nicht mehr zur Disposition steht.

Die Diätobservanz ist selten sicherzustellen, möglicherweise nur in Form stationärer Behandlung (BRUHN, 1974). Abgesehen von langer Einlern- und Gewöhnungszeit (TUNBRIDGE, 1962) sind Schwindeln (bei Juvenilen Diabetikern) und Oberfütterung (bei Altersdiabetikern) selbst bei Erlernen der Diätregeln schon fast der Regelfall (GROEN, 1973). Diätübertretungen sind fast regelmäßig von Schuldgefühlen begleitet, die wiederum häufig durch Strafen verstärkt werden (GUEST, 1947). Von Diabetikern gar nicht erwünschte Sonderrollen sind - kompliziert eventuell noch durch Geschwisterrivalität - bei Diätbefolgung deren sichere Folge (GUEST, 1947, SCHMITT, 1975) und Ursache häufiger Insuffizienz- bzw. Gefühle des Ungeliebtseins. Auch bedeutet eine diätische Reglementierung immer auch, daß gerade jugendliche Diabetiker in der Empfindung be-

stärkt würden, doch gänzlich andere Menschen zu sein als andere (LUM, 1976 a und b). Die Drohungen der Eltern unter Verweis auf künftige Komplikationen können unkontrollierbare Ängste im (diabetischen) Kind auslösen und das ständige Konfliktpotential elterliche Liebe erodieren lassen, zumindest im Erleben des Kindes (SCHMITT, 1975).

Diese Problembereiche aufzudecken scheint angesichts des z.T. naiven Optimismus von Diabetologen notwendig, die allzu leicht und mit Emphase auf "sauberer" Stoffwechselführung als Prophylaxe für Sekundärkomplikationen bestehen (z.B.:CONSTAM,1965, STEIGERWALDT, 1963). Doch wird auch von somatischen Forschern anerkannt, daß gerade Diätführung im exakten Sinn problematisch ist. Mangelndes Wissen um Stoffwechselzusammenhänge (ETZWILER, 1962, ETZWILER/SINES, 1962, LUDVIGSSON,1977, STONE, 1961) und unzureichende finanzielle Verhältnisse (BANK, 1966, LUDVIGSSON, 1977) werden auch von ihnen als Hindernisse gesehen. Daß auch noch soziokulturell verankerte Ernährungsgewohnheiten (HINKLE,1962) und schichtspezifische Vorverständnisse über das, was eine reichliche Mahlzeit ist (CREMERIUS,1957), mitbedacht werden müssen, sei noch ergänzt.
Im Dilemma zwischen der fast regelmäßig mangelhaften Erfüllung diätetischer Erfordernisse und drohender Spätkomplikationen sind unterschiedlich radikale Diätmodifikationen versucht worden; FOSTER/KINNEAR/DUNLOP (1951) verlangten nur den Verzicht auf Süssigkeiten, WILSON et al. (1952) propagierten die selbstständige Essenswahl, KNOWLES et al. (1965) orientierten sich an dem Bevölkerungsdurchschnitt, als sie die Kalorienzahl für ihre diabetischen Probanden bestimmten. Ihre Langzeitergebnisse sind - bei aller Problematik vergleichender

Untersuchungen auf diesem Gebiet - nicht so schlecht, daß sie das jeweilige unkonventionelle Behandlungskonzept in Frage stellen müßten.
Radikalere Ansichten wurden ebenso vertreten. POND (1968) stellte die These auf, daß die Befriedigung von Hungergefühl und Liebesbedürfnissen im Kindesalter Vorrang habe vor Erfüllung von Diäterfordernissen. DURFEE (1965) konnte bei zwei psychotisch Erkrankten mit Diabetes nur durch die Aufhebung aller diätetischen Restriktionen den Erfolg einer antipsychotischen Therapie und eine berufliche Rehabilitation sicherstellen. Die von ihm implizite vertretenen Wertordnungen werden aber im allgemeinen in der Medizin gar nicht erst diskutiert.
Weniger weitreichend sind die Propagierungen von Gruppenlernen von Diätregeln (WEINSIER et al., 1974), welches aber nur allzu oft am Fernbleiben der Betroffenen und somit ihrem Widerstand scheitern kann (MÄENPÄÄ, 1977). Die Beteiligung der Familie am Diätbefolgen könnte für den Diabetiker ebenfalls hilfreich sein (STEINHAUSEN/BÖRNER, 1978).Vielleicht ist hierbei wie auch in speziellen Sommerferienlagern für Diabetikerkinder (MARBLE, 1952, BAIN/CHUTE, 1965) das entscheidende Gefühlskorrektiv die Erfahrung, als Kranker keine Sonderrolle zu spielen, bzw. Gleicher unter Gleichen zu sein.
Gutes Wissen allein garantiert also keine Befolgung von Diät-(WILIAMS, 1967) oder anderen Gesundheitsregeln, z.B. körperliche Bewegung (s. dazu GIEL, 1958). Vielmehr ist zu bedenken, daß Geben und Vorenthalten von Nahrung im Diabetiker das Gefühl (wieder-)beleben kann, daß er schon einmal beim Erhalt mütterlicher Liebe zu kurz gekommen ist (MADDISON/RAPHAEL, 1971). Die Anpassung irgendwelcher Diätvorschriften sollte sich an diesen elementaren Gefühlszusammenhängen orientieren (POND, 1968). Andern-

falls wird das Gefühl des Ungeliebseins verstärkt und die aus Trotz geborene ketoacidotische Entgleisung bzw. der hartnäckige Diätschwindel geradezu provoziert. Nach Art eines Circulus vitiosus würde dadurch die Arzt-Patienten-Beziehung chronisch belastet und die Diätführung wiederum erschwert. Zusätzlich wäre zumindest für heranwachsende Diabetiker eine Gruppenbehandlung zu diskutieren, die Elemente der Aufklärung, des Wettbewerbs und der Selbsterfahrung enthielte. Im Kapitel Therapiemaßnahmen (Kap. VII) wird hierauf noch einmal eingegangen.

D. Insulininjektionen

Einen kurzen Blick sollte man auch auf die psychologischen Aspekte der Insulininjektionen werfen, da diese etwa in Form psychogener Insulinresistenz, hauptsächlich aber auf dem Wege angstbedingter Weigerung der Mütter, zu spritzen, eine bedeutsame Rolle spielen können. Gleiches gilt natürlich auch für eine Ablehnung der Selbstinjektion seitens der Kranken selbst.

ANDERSON und Mitarbeiter (1963) weisen darauf hin, daß Diabetiker mit stabiler Einstellung viel lieber sich injizieren als solche, die immer in der einen oder anderen Richtung (Hyperglykämie, Ketoacidose) dekompensieren.
Bei der Frage, warum Patienten die selbstständige Injektion nicht erlernen wollen, spielt nach GROEN (1973) der Schmerz so gut wie keine Rolle. Es scheint sich dabei um den Ausdruck einer inneren Ablehnung einer Mitverantwortlichkeit für ihre Erkrankung zu handeln.

Noch Jahre nach der Krankheitsmanifestation glaubten einige Diabetiker, ein Arzt werde auftreten und ihnen erklären, Insulin sei ja gar nicht zur Behandlung erforderlich. Diesselben Patienten weigerten sich auch, selbst die elementarsten Stoffwechselzusammenhänge zu erlernen. Das Insulin war in ihrem Erleben der Ausdruck einer Machtposition der Ärzte und/oder Eltern. Äusserlich hilflos beugten sie sich der empfundenen Übermacht, innerlich lehnten sie eine Mitarbeit ab. Eine von ihnen zu bewältigende Herausforderung konnten sie in der Diabetesbehandlung dann naturgemäß nicht sehen.

MADDISON/RAPHAEL (1971) machen noch auf andere Bedeutungsinhalte aufmerksam: gerade bei einem Kind könne man nie die Assoziation: Injektion = Bestrafung ganz außer acht lassen. Folge sei oft eine über das "Normalmaß" weit hinausgehende Unterwürfigkeit, ja masochistische Einstellung der Betroffenen. Darüber hinaus könnten geradezu phobisch anmutende Ängste vor dauerndem Injizieren mit den mit diesem Vorgang assoziierten sexuellen Bedeutungsgehalten z.B. bei Mädchen erklärt werden, v.a. wenn der Vater die Injektionen übernommen habe. In beiden Zusammenhängen sei die spätere Übernahme von Selbstverantwortung der Patienten weniger wahrscheinlich als bei auf die Injektionen folgende Wut oder Rachegefühle kindlich-jugendlicher Diabetiker.

SCHUHMANN(1960) und vor ihm schon CREMERIUS, ELHARDT, HOSE und KILIAN(1956/1957) sehen die Möglichkeit, via psychotherapeutischer Aufarbeitung der Lebenssituation (CREMERIUS et al.) bzw. großer Psychotherapie bezüglich verdrängter Konflikte (SCHUHMANN) eine psychogene Insulinresistenz zu beseitigen. Entscheidend hierfür sei SCHUHMANN'S Worten zufolge die über diesen Weg gewonnene

größere Selbstsicherheit der Diabetiker.
BARCAI (1970) hat eine Senkung des Insulinbedarfs um die Hälfte als Folge einer von ihm durchgeführten therapeutisch wirksamen Elternmitbehandlung beobachtet.

Es sei nun nicht etwa behauptet, es gäbe unausweichlich derartige Konflikte um die Insulinbehandlung, daß es regelhaft psychotherapeutischer Intervention bedürfe. Noch niemand hat allerdings nachzuforschen versucht, inwieweit die hier dargestellten Emotionen und Konflikte für Diabetiker nicht doch verallgemeinerungsfähig sind, Es schien bisher offenbar viel wichtiger, prozentuale Angaben darüber zu machen, wie oft der Vater oder die Mutter oder der Diabetiker selbst injiziert. Oder in welchem Alter wer die Behandlung zu Hause in den Händen hat (vgl. etwa COLLIER/ETZWILER, 1971). Diese eher statistische Bemühung hat aber mit psychosomatischer Forschung nur am Rande zu tun.
Im übrigen sei noch angemerkt, daß trotz der grundsätzlichen wie auch praktischen Bedeutung (MEHNERT et al., 1974) niemand aus psychosomatischer Sicht die Einnahme oraler Antidiabetika aufgegriffen resp. problematisiert hat.

VI. ARZT-PATIENTEN-BEZIEHUNGEN

A. Grundsätzliches

Die Güte der Arzt-Patienten-Beziehung ist die wichtigste Variable, die den Diabetesverlauf beeinflussen kann (BRUCH, 1959, HULKA, 1975, KOSKI, 1969). Der Arzt muß vor allem bei Juvenilen Diabetikern mit Übertragungsreaktionen rechnen (HINKLE, 1953). Diese können im provokanten Verhalten bestehen, genauso aber in der Zuweisung der Mutterrolle auf den Arzt (HOSE et al., 1955) bzw. in Abhängigkeitswünschen zum Ausdruck kommen (HINKLE, 1956). Von erstrangiger Bedeutung ist das biographisch fundierte Verstehen des Essensdranges der Diabetiker (HINKLE, 1953, GROEN, 1973). Nahezu gleichrangig bedeutsam v.a. im Hinblick auf die Diabetesakzeptanz ist die Kenntnis der z.T. unbewußten Krankheitsinterpretation (ACK, et al., 1974). Ob nun zeichnerisch (vgl. KAUFMAN/HERSHER, 1971) oder anders erfaßt, zwei Komponenten werden in ihnen immer wieder festzustellen sein:

a) Altersspezifische, großenteils unbewußte Vorstellungen, in denen der Diabetes schuldgefühlhaft mit den nur auf den ersten Blick problemlosen Reifungsschritten (z.B. sexuelle Entwicklung) oder alltäglichen Vorgängen (z.B. Geschwisterrivalität) in Zusammenhang gebracht wird (ACK, et al., 1974).

b) Vorstellungen eigener Wertlosigkeit bzw. Verstümmelung, die nur durch die Krankheit bedingt seien und verständlicherweise gerne geleugnet bzw. verdrängt werden.

Der Hausarzt kann nach Bekanntwerden eines Diabetes mit wiederholten, teils einfühlend-verstehenden, teils informatorischen Gesprächen entsprechend der Verarbeitungskapazität seines Patienten die Diabetesakzeptanz erleichtern helfen (GIL et al., 1977, GROEN, 1973, HINKLE, 1953); er sollte Angstentwicklung vermeiden helfen (BEASER, 1954, LAHOOD, 1970), genauso auch einen Aufstau aggressiver Gefühle (SCHWEITZER, 1976). Einfühlung (LEVY/CLARK, 1973) und Begünstigung einer reifen Entwicklung v.a. beim Jugendlichen (DANIELS, 1975) sind vorrangige Zielsetzungen der Arzt-Patienten-Beziehung, schließlich auch die Prävention der Diabetesentgleisung in Konfliktsituationen (SCHÖFFLING/PETZOLD, 1974). Versuche, die Eltern einzubeziehen, sollten Unklarheiten im Behandlungsregime abbauen helfen (POND, 1968, KIMBALL, 1971), aber auch Gefühle elterlicher Oberforderung und des alltäglichen Ärgers zur Aussprache bringen (STEINHAUSEN/BÖRNER, 1978), möglicherweise unter Mitarbeit eines für die Gesprächsführung speziell ausgebildeten Psychologen. Zusammenarbeit mit den Angehörigen ist aber nicht einfach (GILL, 1975), da Schuldgefühle der Eltern und ihre häufige innere Ablehnung des diabetischen Kindes eine wünschenswerte Kooperation häufig scheitern lassen.
Persönlichkeitsstrukturell bedingt wird der Diabetiker immer wieder agieren und therapeutische Maßnahmen sabotieren (FRANKEL, 1975, HEFFERMANN, 1952, HINKLE, 1953, SCHWEITZER, 1976). Er wird - mit dieser Problematik konfrontiert - diese verleugnen und sich eher im Sinne sozialer Erwünschtheit darstellen (LOHMANN, 1976). Aus der Eheproblematik heraus wird der Hausarzt möglicherweise wiederholt die Erfahrung machen, daß er von der Ehefrau oft zum Scheitern verurteilt wird (KATZ, 1969).

Alles in allem wird eine von Empathie getragene Menschenführung gerade nicht zu lupenreiner Stoffwechselführung verhelfen, sondern einer solchen sogar eher hinderlich sein. Unter Abwägung der Prioritäten sollte v.a. bei Kindern und Jugendlichen das menschliche Entwicklungsziel Vorrang haben (WELBORNE, 1976) vor lupenreinen biochemischen Parametern.
Nur im Teamwork wird eine gedeihliche Zusammenarbeit mit Lehrkräften zur Behebung etwa von Teilleistungsschwächen möglich sein; Austausch von Informationen (HERTL, 1968) und speziell die Prävention eines der Entwicklung des kindlichen Diabetikers abträglichen Nur-Mitleids in der Schule (FRANKEL, 1970) verlangen überdurchschnittliche Aktivität des Arztes.
Psychiatrische Konsultation wird empfohlen zur Prävention oder Linderung von psychopathologischen Symptomen (KIMBALL, 1971) und aus Sorge um die Gesundheit des chronisch-somatisch Erkrankten überhaupt (LOHMANN, 1968, JOCHMUS, 1971). Eine psychotherapeutische Behandlung - rechtzeitig eingeleitet - wird für nötig gehalten im Falle des Mißlingens der Stoffwechselführung überhaupt (JOCHMUS, 1979), der kompletten Diabetesverleugnung (JOCHMUS, 1968) und bei - an sich seltener - Koinzindenz von Diabetes und einm vom Kranken bewußt erlebten psychoneurotischen Leidensdruck (ELHARDT, 1964). Zu den Problemfeldern hausärztlicher Betreuung dürfte v.a. auch noch die Erkennung von Partnerschaftsproblemen gehören (ELHARDT, 1977, RENSHAW, 1979). Generell sollte so viel Nachdruck wie möglich auf Gemeinschaftsaktivitäten von Diabetikern gelegt werden, z.B. auf die Teilnahme von Jugendlichen an für sie veranstaltete Ferienlager (siehe auch MARBLE, 1952, BRUHN, 1977,

TOMM, 1977), die einer Isolierung vorbeugen können und sollen.

Dieser Aufriß von Problemfeldern macht deutlich, wie wenig das Anstreben einer ausschließlich exakten Stoffwechselführung der Person des Erkrankten gerecht zu werden vermag, aber auch, welche Forderungen auf den Hausarzt bei der Diabetikerbetreuung zukommen.

B. Der unstabile Diabetes

Der Auffassung somatisch orientierter Forscher, wonach wiederholte Diabetesentgleisungen bis hin zum Koma die Annahme eines eigenen Krankheitsbildes bedinge (PECK/PECK, 1956) oder die Diabetes via rezidiv. Hypoglykämien zu neurotischen, eventuell gar psychotischen Deformationen führe, die dann weitere Behandlungsschwierigkeiten herbeiführen (vgl. KENNEDY, 1955, MEHNERT et al., 1974), wird hier widersprochen. Es werden vielmehr hier ursächlich wirksame psychologische Eigentümlichkeiten der so Erkrankten diskutiert.
HINKLE/WOLF (1962) und BARCAI (1970) haben ein Bedingungsgefüge beschrieben, das rezidivierende ketoacidotische Entgleisungen, aber auch einen stark flukturierenden Insulinbedarf (BARCAI) hervorrufen kann. Erstere nennen ganz allgemein das Bestehen von Konflikten mit Eltern (-repräsentanten), deren Bestehen allein schon einen Zuwendungsverlust bedeute; die grundsätzliche Schwierigkeit, aggressive Auseinandersetzungen mit ihnen zu führen, die ja für einen Dia-

betiker mit der Erwartung verbunden sind, nun erst recht die permanent ersehnte Liebeszuwendung zu verlieren, verursache letztlich die Diabetesentgleisung. Das gekonnte Ausleben aggressiver Gefühle könne dagegen durchaus Diabeteskomplikationen vermeiden.
BARCAI grenzt seine Ausführungen auf eine Gruppe Juveniler Diabetiker ein, bei denen Stoffwechselentgleisungen ohne auffindbare organische Ursache wiederholt vorgekommen seien. Er sieht bei seinen Patienten eine familienbedingte Unfähigkeit, Gefühle überhaupt noch wahrzunehmen und sie in Bezug zur Realität zu setzen. Die gleichwohl vorhandenen, unbewußt bleibenden Emotionen würden Angst auslösen, die aggressiven Gefühlskomponenten würden sich gegen die Leiblichkeit richten (1. Erklärungsversuch).
LUM (1976 a und b) hingegen sieht als Ursache von Ketoacidosen das mit dem Diabetes verknüpfte Gefühlskonzentrat der Schuld, die Identifikation eines Diabetikers mit einem sündigen Aussätzigen und zusätzlich die nur schwer ertragbare Benachteiligung gegenüber Stoffwechselgesunden. Die Flucht vor der Krankheit resp. ihre Verleugnung sei dann nur allzu verständlich (2. Konzept).
HAWKINS (1963) und WALKER (1957) schließlich ergänzen diese Feststellungen mit den Hinweis auf die Acidose als Mittel zum Zweck einer Flucht auf oft unerträglichen familiären Verhältnissen (3. Vorstellung), so daß also drei, auf den ersten Blick hin verschiedene, teilweise wohl unbewußte Motive für eine Diabetesentgleisung gesehen werden können.

Bei genereller Anerkennung auch psychischer Verursachung einer Diabetesentgleisungen (BRUCH, 1959, GILL, 1975, GIL et al. 1977, KIMBALL, 1971, SCHIFF, 1964) ist bei Erörterung dieses Themas bisher noch wenig der Frage nachgegangen worden, welche Konsequenzen daraus zu ziehen sind.
Zunächst einmal dürfte es sich bei allen drei Erklärungsversuchen um v.a. bei Juvenilen Diabetikern allgemein vorzufindende Grundprobleme handeln. Schon aus prognostischen Gründen müßte bei Diabetesmanifestation vorzugsweise der Träger eines Juvenilen Diabetes daraufhin untersucht werden, ob aus Gründen gestörter Triebdynamik i.S. gehemmter Aggressivität (1. Erklärungsansatz) oder aus Gründen eines besonders verletzlichen Selbstwertgefühls (als Ursache einer eben dadurch erschwerten Diabetesakzeptanz, Konzept Nr. 2) oder wegen einer als unerträglich erlebten Familiendynamik (Konzept Nr. 3) eine wiederholte Entgleisung zu erwarten sein wird. Eventuell wird daraus auch - aus präventiven Gründen - eine psychotherapeutische Behandlungsindikation abzuleiten sein. Diese könnte bzw. sollte sich auch auf die Gesamtfamilie erstrecken. Umso dringlicher wird eine Behandlung sein, wenn mehrere der genannten Ursachen in ein- und derselben Person zusammentreffen können.

Beim Altersdiabetiker wäre eher an die besonders schwere Ausprägung einer bei diesem Krankheitsvertreter typischen oralen Sucht zu denken, die zur durch Vielessen bedingten problemreichen Stoffwechselentgleisungen führen dürfte.

Insgesamt also erscheint es naheliegend, die Gründe

Für Diabetesentgleisungen in den Erkrankten und ihrer Umwelt zu suchen und zu behandeln, nicht hingegen notwendig, ein eigenständiges Krankheitsbild ("Brittle Diabetes") zu kreïeren.

VII. PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEEINFLUSSUNG DES DIABETIKERS

A. analytische Einzeltherapie

Eine Einzeltherapie mit Diabetikern wurde relativ selten beschrieben; im deutschen Sprachraum zunächst in Ausführlichkeit von ELHARDT (1964), dann noch sehr kursorisch von KÄMMERER/REINDELL (1977).
Für den angloamerikanischen Sprachraum wären chronologisch zunächst FALSTEIN/JUDAS (1955) zu nennen, DANIELS (1959) in Kurzform, schließlich SLAWSON (1963 a), ROSS (1970) mit äußerst knappen Erwähnungen einer Diabetesmanifestation während einer analytischen Behandlung, zuletzt noch ausführlicher LEVINE (1976/1977).
In dieser Arbeit sind in anderen Kapiteln die Kasuistiken von DANIELS, ELHARDT und FALSTEIN/JUDAS z.T. mit Mehrfachzitierungen schon erwähnt worden. Ansonsten genügt nur die Arbeit LEVINE'S den Anforderungen einer vollständigen Darstellung, weswegen sie hier zitiert wird.

Der Autor behandelte (ohne nähere Zeitangabe) eine 24-jährige Patientin mit Diabetes, die jedoch nicht ihrer Krankheit wegen, sondern wegen der von ihr so empfundenen Freudlosigkeit ihres Lebens gekommen war. Es stellte sich heraus, daß die Diabetesmanifestation sich unmittelbar nach dem Tod ihres Vaters ereignet hatte, der selbst Diabetiker gewesen war. An seinem - unerwarteten - Todestag war sie nicht zu Hause gewesen, sondern hatte sich auswärts mit Freunden ver-

gnügt. Die junge Frau hatte sich seit ihrer damaligen - verspäteten - Rückkehr nach Hause schuldig gefühlt, im ganzen nicht ausreichend für ihren Vater gesorgt zu haben. Die Beziehung zu ihm hatte aus ihrer Sicht immer unter den Vorzeichen der Ambivalenz gestanden; einerseits bestand eine von Kindheit an weitgehende Identifikation mit dem männlichen Vorbild (erkennbar etwa in der Bevorzugung männlicher Kleidung), andererseits gab es seiner Härte zu ihr wegen Grund genug, sich auch vom Vater abgestoßen zu fühlen. Ähnlich ambivalent war auch die Mutterbeziehung gewesen; einerseits wurde diese (in der Analyse) beschuldigt, die Patientin zu infantilisieren, auf der anderen Seite von ihr seitens der jungen Frau eine geradezu kleinkindhafte Versorgung erwartet. So traute sie sich lange Zeit nach der Diabetesmanifestation nicht auf die Straße aus Sorge, sie könnte ihre Mutter verlieren, verlangte von ihr die Insulininjektionen, die diätische Versorgung etc...

Ähnlich zwiespältig gestaltete sich eine zu Beginn der Analyse ins Wanken gekommene Objektbeziehung. Da gab es zwar keine ersehnte zukünftige Perspektive - der Ehewunsch der Patientin war ihr abgeschlagen worden - wohl aber regressive Nestwärme; der Freund garantierte morgendliches Erwachen und damit symbolisch Sicherheit vor gefährlichen Hypoglykämien.

Die Übertragungsbeziehung zum Analytiker betraf naturgemäß vorwiegend Vaterbeziehungsaspekte. Die väterliche Zuneigung, um die in der Übertragung wiederholt geradezu gebettelt wurde,erwies sich auf präödipalem Niveau als konstitutiv für das Selbstwertgefühl der Analysandin. Ihre "Verweigerung" etwa in Form vorsichtig kritischer Interpretation war dement-

sprechend begleitet vom Empfinden absoluter Wertlosigkeit. Hier fügte sich das erwähnte Freud- und Sinnlosigkeitserleben ein, welches schon zu Beginn der Analyse das zukünftige Leben betroffen hatte; hatte doch auch der Freund mit Ablehnung einer ehelichen Beziehung die zukünftige Existenz im Empfinden der Patientin sinnlos gemacht.
Der Diabetes war Austragungsort der reaktiven,binnengelenkten Aggression, die - analytisch gesprochen- das väterliche Introjekt betraf. In Reaktionsbildung gegen die zunächst unterschwellige Aggressivität war zeitweise die Patientin besonders bemüht, mit "Sensibilität" sich in LEVINE hineinzufühlen, ihm (gar nicht vorhandene) Erkrankungen seiner Person zu nennen und demzufolge ihn zu schonen. Inwieweit damit auch Abwehraspekte der Verleugnung und des Ungeschehen-Machens (des zurückliegenden väterlichen Todes) erfaßt wurden, kann aus dem Fallbericht nicht direkt festgestellt werden.

Die Analyse war in diesem Fall (wie auch in allen anderen Fällen mit Ausnahme des Beispiels SLAWSON'S) erfolgreich. Die Patientin lernte ihren Diabetes zu akzeptieren genauso wie sie ihre Abhängigkeitsbeziehungen zunehmend besser verstand. Die Leeregefühle wichen verstärkten sozialen Aktivitäten.
Bei LEVINE bestätigt sich auch ganz konkret eine Äußerung, wie sie getrennt sowohl ACK(1974) wie auch HINKLE (1956) getan hatten: Nur wer die zumeist unbewußte Diabetesinterpretation seiner Patienten kennt, wird langfristig mit Erfolg um eine Stoffwechselführung bemüht sein können: Die aus der Vaterbeziehung gespeiste Aggression vor der Analyse wurde durchaus zielgerecht über den als väterlich erlebten Diabetes abreagiert, indem er komplett ver-

leugnet wurde. Der Aufbau einer selbständig-autonomen (weiblichen)Identität verhalf der Patientin zur Akzeptanz ihrer Erkrankung.

Ein Seitenblick sei noch auf die übrigen Berichte geworfen. Bei SLAWSON (1963 a) war es nicht möglich, in einer mehrjährigen Behandlung die mehrgestaltige Verweigerungshaltung des jugendlichen Patienten aufzubrechen. Vordergründig schien sie überwiegend oral-passiv i.S. hartnäckig festgehaltener Verwöhnungswünsche getönt zu sein; es ist aber bei fehlender Erwähnung anderer v.a. von Objektbeziehungsaspekten nicht möglich, endgültig zu urteilen.
ROSS (1970) berichtet nicht, ob und wie seine beiden ärztlichen Patienten nach Diabetesmanifestation (während ihrer Behandlung) ihre Therapie noch fortgesetzt haben und mit welchem Erfolg.

Prinzipiell ist es schwierig, überhaupt Diabetiker in eine Analyse zu bekommen.
ELHARDT (1964) hat die Aufnahme einer solchen Behandlung mit dem psychoneurotischen Leidensdruck seiner Patienten erklärt; hinsichtlich der Kasuistik LEVINE'S erfährt diese Begründung eine Stützung. Häufiger aber werden aus somatischer Sicht therapierefraktäre Problempatienten an Psychiater resp. Psychoanalytiker überwiesen, was bei DANIELS, FALSTEIN/JUDAS und SLAWSON auffällt. Das erklärt wohl auch die insgesamt nur geringe Zahl von Kasuistiken unter tiefenpsychologischem Aspekt, die darum hier auch wiederholte Zitierung erfahren.
Zumeist wird von den Diabetikern selbst unter Verweis auf die körperlich imponierende Erkrankung eine darüber hinausgehende persönliche Problematik einfach abgestritten.

Wie steht es nun mit den Erfolgsaussichten einer - so selten durchgeführten - analytischen Therapie? Ist eine Heilung im Sinne eines Verschwinden eines Diabetes möglich?
Nach SCHUMANN (1960) immerhin eine Senkung des Insulinbedarfs. KÄMMERER/REINDELL (1976) berichten vom Abbruch einer psychotherapeutischen Behandlung bei einem Diabetiker in jenem Moment, da eine alleinige diätische Diabetesführung statt der bisherigen Insulinbehandlung möglich geworden war.
FALSTEIN/JUDAS (1955) sahen die frei flottierende Angst ihres jugendlichen Patienten als Grund dafür an, daß der Prädiabetes nicht mehr in der Latenz zu halten war. Andererseits gelang es ihnen, ihrem Patienten über die Bearbeitung v.a. der Vatererfahrung zur männlichen Identifikation, zu einem beruflich selbständigen Leben und zu einer unproblematischen Diabetesführung zu verhelfen.
ELHARDT (1964) führt aus, daß sich gerade Frühfälle i.S. kurz zurückliegender Diabetesmanifestation bei Einsichtsfähigkeit in psychoneurotische Problematik für eine analytische Behandlung auch vom Langzeitcharakter eignen würden. Auch eine mehr stützende Therapie könnte zumindest zu einer stabilen intrapsychischen Konfliktregulierung führen, mit allen Folgen eines allein dadurch schon stabilisierten Behandlungsregimes.
Keinerlei Beachtung fand im übrigen bisher der technisch gemeinte Hinweis von ROSS (1970), wonach man bei Diabetikern generell die Analyse von Abwehrvorgängen hintanstellen sollte.

Auf Grund der bisherigen Literaturerfahrung läßt sich vielleicht anregen, daß v.a. bei Jugendlichen dann ein

Psychotherapieversuch versucht werden soll, wenn durch ihn die Ziele der Verselbstständigung und der Beseitigung eines neurotisch motivierten Leidensdruck verfolgt werden kann.
Inwieweit bei Altersdiabetikern mit Übergewicht Ähnliches mit Erfolg versucht werden sollte, ist unter Verweis auf den Suchtcharakter des Vielessens und die langjährige Verschüttung ungelebter Antriebsbereiche (vgl. CREMERIUS, 1957) mit Skepsis zu beurteilen.
Hier scheinen vielleicht eher gruppentherapeutische Aktivitäten (s. hierzu eigenständiges Kapitel) zweckmäßig.
Vielleicht ist der v.a. von LARON (1978 a/b) verfochtene "multiprofessionelle"Ansatz ein Weg, zumindest bei einigen Diabetikern mehrdimensionale therapeutische Wege von Anfang an zu gehen, also nicht erst dann, wenn nach aufreibenden Kampf um eine gute Stoffwechseleinstellung der Psychosomatiker als "Deus ex Machina" angefordert wird.

B. Gruppentherapie

An Berichten liegen uns solche von FRIZZELL (1968), GOODMAN/SCHWARTZ/FRANKEL (1953) und SCHWARTZ/GOODMAN (1952) und LEEMAN (1969) vor, die sich mit Diabetikern selbst beschäftigen.
Relativ kurz halten sich KÄMMERER/REINDELL (1976). HEFFERMAN (1959) bildete eine Gruppe aus Müttern jugendlicher Diabetiker. In allen Fällen handelte es sich um Indikationsstellungen, bei denen das Versagen bisheriger ausschließlich konventionell-somatischer Therapien offen-

bar war (abgesehen das Beispiel von KÄMMERER/REINDELL). Der Zugang zu den Patienten war - wie auch in der Einzeltherapie und für andere gruppentherapeutische Aktivitäten berichtet (vgl. MÄENPÄÄ, 1977) - erschwert; v.a. in LEEMAN'S Bericht wird die Befürchtung der Gruppenteilnehmer deutlich, bei einer solchen Therapie würde die bisher verleugnete, subjektiv so empfundene Minderwertigkeit und soziale Isolation des Diabetikers erst recht bekräftigt. In allen Fällen konnte im Resultat sowohl die Selbstständigkeit der Stoffwechselführung deutlich verbessert, zum überwiegenden Teil auch eine Gewichtsreduktion erzielt werden, die mit anderen Methoden nicht erreicht worden war. Schließlich ließ sich bei den Müttern diabetischer Kinder neuer Optimismus, Selbstvertrauen und Einsicht in die Dynamik vormalig nur agierter Arzt-Patienten-Beziehungen hervorrufen resp. vermitteln.
Bei LEEMAN zeigte sich ein limitierender Faktor des Gruppenerfolges überdeutlich; die Gruppendynamik hätte den Verlust kleinkindhafter Abhängigkeit von einem als übermächtig erlebten Arzt bedeutet, dafür aber die Möglichkeit der Aggressionsäußerung gegen ihn gebracht. Das heißt aber nichts anderes, als daß die in der Gruppe fühlbare Reaktivierung des Grundkonfliktes bzw. problematische Objektbeziehungen dem endgültigen therapeutischen Erfolg in diesem Falle im Wege stand.
Andererseits muß hervorgehoben werden, daß der oft nahezu identische Lebenshintergrund der Beteiligten kein absolutes Hindernis für das Bewußtwerden unbewußter Konflikte war, wie das bei homogener Gruppenzusammensetzung häufig befürchtet und beobachtet wird. Wahrscheinlich sind die Aufhebung sozialer Isolierung und Einsamkeit sowie die dauernde ärztliche Zuwendung jene Faktoren, die

auch arbeitsfähige Diabetikergruppen entstehen lassen.

C. Familientherapie

MINUCHIN/BARCAI (1975) stellen die therapeutisch induzierte Familienkrise als ein erfolgreiches Verfahren dar, das Bedingungen der Entstehung und Aufrechterhaltung psychosomatischer Erkrankungen dort auflöse, wo sie zumeist zu finden seien: in der "psychosomatogenen" Familie.
Unter Therapieintervention ist eine Aufgabenstellung an die Familienmitglieder zu verstehen, welche die Aufrechterhaltung bisheriger pathogener Beziehungen unmöglich macht. Über die damit verbundene Erschütterung des Familiengefüges (=Krise) ist - über den Umweg neuer oder verstärkter alter Symptombildungen der Betroffenen - ein Zerreißen des eingefahrenen Familiengeflechts zu erwarten. Verstärkt wird die Auflösung alter Familienstrukturen zum einen durch neuerliche Aufgabenstellung seitens der Therapeuten, zum anderen durch zusätzliche Einzelbehandlung der vom Leidensdruck am meisten Betroffenen.

Im Beispiel der hier zur Sprache kommenden Diabetikerin ist eine solche therapeutische Auflösung von solchen Familienstrukturen gelungen, die nach Meinung der Behandler wiederholte ketoacidotische Entgleisungen der Tochter bedingten.
Indiziert dürfte eine solche Behandlung dann sein, wenn v.a. Minderjährige zum Symptomträger für eine Familie geworden sind. Die Bereitschaft der ganzen Familie zur Korrektur bisherigen Familienlebens ist zum therapeutischen Gelingen unabdingbar. Somit ist, wie KÄMMERER/

REINDELL (1976) darstellen, bei geschlossener familialer Verleugnungshaltung der therapeutische Zugang von vorneherein verstellt.

D. Das BIOFEEDBACK- und sonstige Verfahren

Schließlich wird noch von einer konkreten Anwendung des laut BUDZYNSKI/STOYVA (in BIRNBAUMER, 1973) enorm weitverbreitetem BIOFEEDBACKVERFAHRENS berichtet (grundsätzlich hierzu siehe FOWLER et al., 1976). Grundlage ist der Versuch, dem Menschen über ständiges Bewußtmachen gerade ablaufender physiologischer Vorgänge deren zunehmende Kontrolle zu ermöglichen. So kann dann nach Urheberverständnis zumindest die körperliche Reaktion resp. körperliche Begleitkomponente seelischer Vorgänge entproblematisiert, in konkreto also auch beim Diabetes vielleicht eine Stoffwechselentgleisung verhütet werden.

Bei einer 20-jährigen Diabetikerin sollte in der vorgenannten Arbeit mit Hilfe der EMG-BIOFEEDBACK-Technik versucht werden, diese auf aversive Stimuli mit zunehmender Entspanntheit reagieren zu lassen (niedrigfrequente Atmung, Muskelentspannung). Es gelang dabei auch, den Insulinverbrauch um die Hälfte (von 85 auf zuletzt 43 IE Insulin) zu senken. Zuckerentgleisungen und dadurch notwendige Krankenhausaufnahmen, wie sie zuvor bei schon geringfügigen emotionalen Belastungen an der Tagesordnung gewesen waren, ereigneten sich kaum mehr. Verständlicherweise loben die Autoren das einfach zu erlernende Verfahren, für das sie im Durchschnitt 2-3 Trainingsperioden

von jeweils 6 Wochen veranschlagen.

Es fällt auf, daß der Grundgedanke einer therapeutisch wirksamen Muskelrelaxation gar nicht so neuen Datums ist; schon BAUCH (1935) hat ihn bei Diabetikern mit ähnlichem Erfolg praktiziert. Soforterfolge und baldige Selbständigkeit vom Therapeuten würden nach BAUCH'S Meinung Gesundheitswillen und Selbstvertrauen der Patienten enorm stärken. Nachteil ist sicherlich das Fehlen an Bewußtsein für jene emotionalen Gründe, welche Stoffwechselfluktuationen erst hervorrufen. Bei Patienten mit diesbezüglich fehlender Einsichtsfähigkeit und ausgeprägter Tendenz zum stoffwechselmäßigen Ausagieren könnte ein solches Verfahren vielleicht Frucht tragen.

E. Krankheitsgewinn und Begrenzung psychologischer Beeinflußbarkeit des Diabetikers

Abschließend sei noch die Frage nach dem Krankheitsgewinn gestellt, den Diabetiker aus ihrer Erkrankung zu ziehen vermögen.
Dabei müssen mehr unspezifische Gewinne, wie sie auch bei anderen Erkrankungen denkbar sind, vom möglicherweise diabetestypischen getrennt werden (vgl. MADDISON/RAPHAEL, 1971).

Unspezifisch ist sicher die Neigung, den Diabetes als körperlich imponierende Erkrankung dazu zu gebrauchen, um persönliche Probleme abzustreiten (MURAWSKI, 1970) oder um eine grundsätzliche Notwendigkeit, sich selbst zu ändern, zu leugnen.
Ebenfalls unspezifisch wird der sicher ubiquitäre Vor-

Teil der krankheitsbedingt auf sich gerichteten Aufmerksamkeit aller zu bewerten sein (SCHLESS/ VAN LAVERAN-STIEBAR, 1964, DURFEE, 1965).

Für spezifisch ist wohl die Angst vor Wegnahme des Insulins zu sehen (HOSE et al., 1955, ELHARDT, 1964, KÄMMERER/ REINDELL, 1976), die zum Abbruch der somit zu erfolgreichen Psychotherapie führen kann. Diese Angst scheint in erster Linie Juvenile Diabetiker zu kennzeichnen. Es ist also der - primäre - Krankheitsgewinn in erster Linie darin zu sehen, daß der bisher angst-blockierte oral-kaptive Antriebsbereich durch das Insulin angstfrei und problemlos geworden ist, der also dann, wenn das Insulin wegfällt, wieder problematisch zu werden droht.
Es wird in diesem Zusammenhang auch an die schon dargestellten Fallbeispiele von Juvenilen Diabetikern erinnert (s. Kasuistikkapitel) und ebenso an die testpsychologischen Aussagen etwa KELLNERS, wonach Juvenile Diabetiker orales Zugreifen als konfliktbelastet erleben. Die Konfrontation mit dieser Problematik wird demnach konsequent vermieden.
Für die Altersdiabetiker ist ein solcher primärer Krankheitsgewinn nicht explizit beschrieben worden. An dieser Stelle können nur Hypothesen aufgestellt werden.

1. Unter pauschaler Zitierung der Arbeiten von CREMERIUS (1956 a,b, 1957) könnte vermutet werden, daß Altersdiabetiker nach Diabetesmanifestation ihre Umwelt nunmehr als Kranke passiv so einschränkend-feindselig erleben können, wie sie diese ja immer schon sehen zu müssen glaubten. CREMERIUS hatte ja beobachtet, wie diese Menschen (mit späterem Altersdiabetes) dank

"paranoider Brille" zunehmend ihre Umwelt feindselig gestimmt hatten, bis dann konkrete Feindseligkeiten auf sie zukamen, derer sie sich zu erwehren hatten (Zeitpunkt des Krankheitsausbruches).

Der primäre Krankheitsgewinn könnte also darin bestehen, daß sich die Altersdiabetiker als passiv-hilfloseund obendrein unschuldige Opfer ihrer mitmenschlichen Umgebung betrachten können, darin bestätigt durch die ihnen zugemuteten Opfer des Diabetesregimes. Rückbesinnung auf die ihnen eigene Aggressivität und deren verkümmerte Ausdrucksformen bliebe ihnen dann erspart. Diätschwindel würden in diesem Kontext dann quasi anal-passive Aggressionsäquivalente darstellen, verbunden mit einem mehr oder weniger ausgeprägten selbstdestruktiven Anteil.

2. Eine zweite ähnliche Oberlegung knüpft an GROEN (1973) an. Nach diesem Autor ist ja Diabetesmanifestation bei Vertretern des Typs II gebunden an einen akuten Objektverlust bei vorbestehender Einsamkeit und Gefühlen des sich-Unverstanden-/Nicht-Geliebt-Fühlens. Die partnerschaftliche (eheliche) Zweierbeziehung war schon jahrelang zu einem emotional entleerten Nebeneinander geworden. Der krankheitsauslösende Weggang etwa der Kinder (oder Enkel etc.) könnte spätere Altersdiabetiker i.S. einer Versuchungssituation mit einem bisher in der Latenz gehaltenen eigenen Wunsch nach Trennung oder Scheidung konfrontieren, der -dank dann zwischenzeitlich eingetretener Diabeteserkrankung - nicht mehr realisiert werden kann. Ersatzweise könnte die Krankheit aus der bisherigen - freilich defizitären - Erwachsenenbezie-

hung eine solche machen, in der der Erkrankte regressiv eigenes Kindsein wiederbelebt und dadurch auf infantilem Niveau emotional befriedigendere Aspekte der nunmehr veränderten Partnerschaft entnehmen kann (i.S. oraler Kollusion, siehe bei WILLI, 1975).

3. Aus gruppentherapeutischer Arbeit könnte man den primären Krankheitsgewinn bei Altersdiabetikern so formulieren: Der nicht geleistete Verzicht auf bisherige Abhängigkeitsbeziehungen begrenzte den Gewinn der Gruppensitzungen in dem hier angesprochenen Beispiel von LEEMAN (1969) ganz deutlich. Damit blieb auch die in diesem Beispiel auf Ärzte verschobene, von den Elternimages stammende Angst vor deren Übermächtigkeit ebenfalls unbearbeitet.

Zusammengefaßt ergeben sich bei Diabetikern insgesamt mutmaßlich zwei Formen primären Krankheitsgewinnes:

a) Neurotisch motivierter Verzicht auf selbständiges Zugreifen (oral-kaptive Dimension), feststellbar bei Juvenilen Diabetikern.

b) Aufbau oder Erhalt von Abhängigkeitsbeziehungen infantiler Art (oral-passive Dimension), nachweisbar bei Altersdiabetikern.

Bei letzteren geht die aufrechterhaltene Abhängigkeitbeziehung mit einem Verzicht auf spontane Aggressionsentfaltung einher, zugleich wird so auf ein Stück Ich-Stärke verzichtet. Verkümmerte Aggression wird allenfalls noch über Diätschwindel gelebt.

VIII. PSYCHOLOGISCHE UNTERSCHIEDE

A. Diabetiker/Nichtdiabetiker

Faßt man die z.T. anderen Orts (s.Kapitel Testpsychologie) ausführlicher erwähnten Vergleichsuntersuchungen zwischen Diabetikern und Nichtdiabetikern unter der Fragestellung zusammen, inwieweit aus ihnen klare persönlichkeitspsychologische Unterscheidungsmöglichkeiten zwischen beiden Populationen hervorgehen, so wird man kaum ohne berechtigte Anfechtung von einer unverwechselbaren diabetischen Persönlichkeit sprechen können. Getroffen wurden von den testpsychologisch orientierten, in ihrer Aussagefähigkeit leicht kritisierbaren Arbeiten doch größtenteils sehr allgemein gehaltene Merkmale.
Von anderen Patienten geteilt werden: Die Reizbarkeit, die auch Asthmatiker ausweisen (CERNELČ, 1977), Minderwertigkeitsgefühle, die MADDISON/RAPHAEL (1971) im Falle jeder kindlichen chronischen Erkrankung als Folgeerscheinung der vom Kind als unzureichend erlebten mütterlichen Fürsorge bezeichnen, Wünsche nach Bemutterung und daraus resultierende prolongierte Unselbständigkeit, Einschränkung der körperlichen Aktivität, wie sie etwa Hämophiliekinder zur Vermeidung allfälliger Traumen hinnehmen müssen und Körperbehinderte nachweisbar verinnerlichen (STEINHAUSEN, 1977) und schließlich auch die Interpretation der Krankheit als Strafe. DUNBAR (1943) hat zum letzten Punkt schon darauf hingewiesen, daß sogar die Mehrheit der Erwachsenen eine vor längstens 48 Stunden erlebte Fraktur als Strafe empfunden haben (zitiert nach MADDISON/RAPHAEL, 1971). Schließlich wird nicht nur für den Diabetiker das Bild körperlicher

Unversehrtheit als conditio sine qua non für ein ausreichendes Selbstwerterleben bezeichnet. Zumindest einer ersten Plausibilität nach kann auch das Gefühl der Einsamkeit oder Isolation, erst recht die Wut auf die bevorzugten Gesunden als auch für andere chronisch Erkrankte typisch bezeichnet werden. Stimmungslabilität und Introversion ist schließlich auch für Körperbehinderte nachgewiesen worden (STEINHAUSEN, 1977).

Aus den vorliegenden Untersuchungen darf mit viel Berechtigung der Schluß gezogen werden, daß zumindest der testpsychologische Ansatz keineswegs Ergebnisse zu liefern imstande ist, die eine Unterscheidung Diabetiker/Nichtdiabetiker auf Grund psychologischer Merkmale gestattete. Zumeist ergeben sich nur Befunde, die besser gleich mit Hilfe einer tiefenpsychologischen Exploration gefunden und hinterfragt worden wären; man denke etwa an Symptombildungen wie Nägelkauen, Tics (CERNELČ et al.,1977) oder konflikthafter Lösungen des Ödipuskomplexes.
Nur hypothetisch kann - vorwiegend gestützt auf kasuistisches Material - darum geäußert werden, daß vielleicht unbefriedigte, passiv erlebte Geborgenheitswünsche sowie eine sexuelle Undifferenziertheit Unterscheidungskriterien bei Diabetikern zumindest im kindlichen bis jugendlichen Alter darstellen können (s. u.a. auch noch FÄLLSTRÖM, 1974, SWIFT/SEIDMAN/STEIN, 1967). Wir könnten uns fragen, inwieweit diese beiden Komplexe zusammengehören; sie können Resultat einer prägenitalen Fixierung sein, derzufolge ein Kind sich deswegen nicht zu einer psychosexuellen Identität entwickeln kann, da seine Fixierung an den gegengeschlechtlichen Elternteil die notwendige Identifizierung mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil nicht glücken läßt. Wir hätten dann

eine prämorbide, in der Entwicklung steckengebliebene Persönlichkeit vor uns, die der Diabetes noch mit Realabhängigkeit und daraus folgendem bleibendem Entwicklungsstillstand vertiefen könnte.
Der Diabetes könnte auch umgekehrt bisher unbefriedigte passive Liebeswünsche derart intensivieren, daß die Erkrankten auf schon verlassene Fixationspunkte zurückkehren und ausschließlich präödipal leben (mehr regressiver Aspekt), so daß vielleicht schon erreichte Reifestufen sexueller Identität nicht mehr nachweisbar sind (s. APPELBOOM-FONDU, 1977).
Angesichts solcher notgedrungen hypothetisch bleibender Oberlegungen muß erneut die Forderung nach vergleichender tiefenpsychologischer Befunderhebung unter Einbezug Stoffwechselgesunder gestellt werden; zum anderen sind prospektive Untersuchungen notwendig, die das Schicksal jener Menschen verfolgen, die zunächst vielleicht nur diabetestypische Konflikte, später aber die Stoffwechselerkrankung selbst zeigen. Nur so lassen sich differentielle Merkmale einer Diabetikerpersönlichkeit in einer Längsschnittuntersuchung sichern. Gleichzeitig wäre eventuell sozusagen experimentell der Nachweis erbracht, daß von Persönlichkeitsmerkmalen ausgehend eine diabetische Persönlichkeit angebbar ist; zu einem Zeitpunkt, der weit vor der eigentlichen Krankheitsmanifestation liegt.
Ergänzend seien hierzu noch einmal LEWIS/LEWIS (1975) mit erfolgreichen Versuchen genannt, nur auf Grund des mitgeteilten Grundkonfliktes einer Persönlichkeit auf dessen - sonst nicht bekannte - somatische Erkrankung zum Zeitpunkt der Biographieerhebung zu schließen.

Dies bedeutet auch, daß wohl eher die tiefenpsychologische Anamnese und weniger die Verwendung von Testbatterien mit ihren eher allgemein gehaltenen Ergebnissen den Schlüssel zur Erforschung unterscheidbarer menschlicher Komplexe und Grundkonflikte bedeuten.

B. Diabetiker verschiedener Altersstufen

Zum Vergleich zwischen Erwachsenen- und jugendlichen Diabetikern gibt es nur Ausführungen eines Autors, nämlich von SCHWEITZER (1976). Er untersuchte vergleichend insulinpflichtige und nichtadipöse Diabetiker vom Juvenilen Typus.

Die Älteren, d.h. die 23- bis 46-Jährigen, bezeichnen sich einheitlich als innerlich gespannter und aggressiver als sich vergleichsweise die Jugendlichen (Alter 12 bis 23 Jahre) erlebten. Deutlich wurde auch, daß die älteren Diabetiker ihr weitaus häufiger erlebtes Überforderungsgefühl weniger auf den Beruf denn auf ihre Erkrankung bezogen.
Andererseits wurde durch den TAT einheitlich für beide Gruppen das Unvermögen aufgedeckt, die Aggressionen anders als durch die Wendung gegen ihren Träger zum Ausdruck zu bringen.
Nur vermutungsweise läßt sich davon sprechen, daß ältere Diabetiker infolge schon längerer Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung diese als Ursache und Katalysator für vorhandene berufliche Schwierigkeiten ansehen. Möglicherweise sehen Jugendliche noch mit mehr Selbstvertrauen und Optimismus ihr Leistungsvermögen als weitgehend ungebrochen.

C.Alters-/Juvenile Diabetiker

Es sei als nächstes darauf hingewiesen, daß nur wenige Untersuchungen, die im übrigen in früheren Kapiteln schon mehrfach Berücksichtigung fanden, sich explizite mit der Fragestellung nach Untersuchungsmerkmalen psychologischer Art zwischen Alters- und Juvenilen Diabetikern beschäftigten.

KELLNER(1957) wies daraufhin, daß das Syndrom einer paranoiden Depression (Nomenklatur des SZONDI-Tests) sich häufiger bei Juvenilen Diabetikern nachweisen lasse. Diese Gruppe ließ zudem gehäuft Infantilität sowie genitale Störungen erkennen.
WOELK (1958) resümiert, auf den WARTEGG-ZEICHEN-TEST gestützt, daß Juvenile Diabetiker durch eine von ihr schizoid gelesene Einkapselungstendenz auffielen, Altersdiabetiker hingegen dadurch, daß sie mit einer aus der oralen Phase stammenden, ausgeprägten passiven Erwartungshaltung an ihre Umwelt heranträten. Sie resultiere aus einer Regression auf eine durch Verwöhnung hervorgerufene Fixation auf diese prägenitale Libidoposition.
LOHMANN und Mitarbeiter (1976) sahen mit Hilfe des FPI die Altersdiabetiker als zufriedener, ausgeglichener, selbstsicherer, darüber hinaus als frustrationstoleranter und emotional stabiler als die Juvenilen Vertreter (dieser Erkrankung).
Unter weiterer Zugrundelegung der Arbeiten von CREMERIUS (1956 a und b, 1957) läßt sich zusätzlich vermuten;

1. scheint bei Juvenilen Diabetikern ein größerer Leidensdruck vorzuliegen, der z.T. auch mit altersbedingten Problemen zu tun hat, wie z.B. Selbst-

findung in der Pubertät (vgl. auch STEINHAUSEN/ BÖRNER, 1978, GALATZER et al., 1977).

2. können die auftretenden Konfliktspannungen beim Altersdiabetiker wahrscheinlich leichter durch Vielessen gemildert werden. Das hat seinen Grund wohl darin, daß der Juvenile Diabetiker nicht gelernt hat, angstfrei zuzugreifen. Das aber bedeutet nichts anderes, als daß er auf einer früheren Stufe seiner Entwicklung geschädigt worden sein dürfte. Wir dürfen also erwarten, daß Vertreter des Juvenilen Typs eher als Altersdiabetiker schizoide Strukturelemente aufweisen.

3. schließen die eben gemachten Ausführungen nicht aus, daß bestimmte Merkmale, wie etwa gereizte Dauerverstimmung (s. SCHWEITZER, 1976) oder binnengelenkte Aggressionen bei beiden Populationen vorzufinden sind.

D. Schwere und leichte Diabetesformen

Es erscheint bis jetzt nur vermutungsweise möglich. Diabetiker mit unterschiedlicher Krankheitsschwere nach differierender psychologischen Merkmalen zu trennen. Lediglich arbeitshypothetisch kann vermutet werden, daß geringere Ich-Stärke und damit korrelierend schwere Neurosenformen die Diabetiker mit größeren Schwierigkeiten bei der Diabeteseinstellung charakterisiert (KELLNER, 1957, KOSKI, 1969, SANDERS et al., 1975).
Möglicherweise kommt noch ein höheres Ausmaß von selbstzerstörerischer Aggressivität hinzu.
Bis jetzt können nur Vermutungen geäußert werden, da biographisch fundierte vergleichende Untersuchungen noch fehlen.

IX. ZUSAMMENFASSUNG

Zum Abschluß dieser Arbeit seien thesenartig die bisherigen Ausführungen zusammengefaßt, wie sie sich aus jener Literatur ergeben, die zum Diabetes aus psychosomatischer Sicht veröffentlicht wurde.

1. Die Intelligenz der Diabetiker dürfte sich, rein quantitativ gesehen, von der Gesunder nicht unterscheiden. Es erscheint zweifelhaft, ob der Diabetes häufig via Hypoglykämien eine Hirnschädigung des Ausmaßes hervorrufen kann, daß bedeutsame Minderleistungen der Betroffenen festgestellt werden können. Von Ausnahmen abgesehen, wurde bisher weder eventuellen qualitativen Besonderheiten diabetischer Intelligenzstruktur sehr viel Arbeit gewidmet noch wurden genügend gesicherte Erkenntnisse darüber vorgelegt, inwieweit entweder diabetesdependente oder gar primäre Persönlichkeitsvariablen der Diabetiker mit ihrer Intelligenz (-entfaltung) interferieren.
Es erscheint zudem sicher, daß der Einbezug sozialer Lerngeschichte und individueller Entwicklung überhaupt erst eine differenziertere Betrachtung von Intelligenzleistungen von Diabetikern ermöglichen würden. Weitere Vergleichsuntersuchungen mit anderen chronisch Erkrankten würden speziellere Aufschlüsse darüber vermitteln, inwieweit das Leistungsniveau von Diabetikern krankheitsbedingt beeinträchtigt wird oder nicht. Diese Forderungen sind bisher bei weitem noch nicht erfüllt.

2. Der verschiedentlich gegen psychoanalytische Kasuistik vorgebrachte Einwand ihrer mangelnden Repräsentativität läßt sich in Bezug auf den Diabetes nicht völlig von der Hand weisen; in der Tat liegen Falldarstellungen bevorzugt schwer einstellbarer Diabetiker vor und solcher, deren sonstige neurotische Symptomatik psychotherapeutische Intervention erforderlich machte. Daraus kann man zunächst nicht die Notwendigkeit anderer, angeblich objektiverer, testpsychologisch fundierter Befunderhebung ableiten. Denn der nächstunmittelbare Schluß gipfelt in der Forderung nach Explorationen auch weniger schwer erkrankter Diabetiker unter tiefenpsychologischen Gesichtspunkten.

2a. Für die Juvenilen Diabetiker ergibt sich mit der obigen Einschränkung folgendes Bild prädiabetischer Persönlichkeitsformung: die Hauptstörung liegt mit einiger Wahrscheinlichkeit in der frühen oralen, möglicherweise auch noch in der sensorischen Phase, die vor allem in unbefriedigten, passiven Zärtlichkeitswünschen resultiert, gleichzeitig in der Unfähigkeit, selbständig zuzugreifen.
Allfällige Fixierungen in dieser oralen Phase scheinen viel seltener auch aus Verwöhnungserelebnissen zu resultieren. Es hat den Anschein, als ob häufig die Väter in ihrem ablehnend-aggressiven Verhalten zu ihren Söhnen deren überaus intensive, oral-passiv gefärbte Bindung an ihre Mütter noch verstärkten.
Die weitere Reifung ist insoweit kompliziert, als die späteren Diabetiker ihrer unbefriedigten, passiven Zuwendungsbedürfnisse wegen das ödipale Dreieck nur

schwer verlassen können und so ewige Nesthocker zu bleiben drohen. Ihnen fehlt häufig die für die Lebensbewältigung nötige Energie insoweit, als sie aggressive Impulse, die der frustrierenden Welt gelten, nahezu immer gegen sich selbst richten, um ja nicht die dringlich gewünschte Zuneigung der Außenwelt zu verlieren.
Insgesamt gesehen scheinen also Juvenile Diabetiker mehrheitlich schizoid-depressiv strukturiert zu sein und eine geringe Ich-Stärke aufzuweisen.

2b. Beim Altersdiabetiker scheinen zumeist gute Babymütter in dem Sinn vorgelegen zu haben, als diese Versagungen zumeist nicht schon in der oralen Phase setzten. Sie wurden zumeist später und vorwiegend in der ödipalen Entwicklungsphase versagend, weshalb bei späteren Frustrationserlebnissen eine Regression auf eine Zeit erlebter oraler Verwöhnung leichter möglich ist. Hemmende erzieherische Impulse wurden oft auch gesetzt in Zeiten der Entwicklung aggressiv-motorischer Antriebsqualitäten.
Die später regressive und fast ausschließliche Betätigung oraler Impulse muß sich keineswegs nur im Viel-Essen ausdrücken, sondern kann auch sublime Formen eines Haben-Wollens annehmen. Die mit nicht gelebten Antriebsqualitäten verbundenen Ängste lassen sich nicht problemlos wie bei Fettsüchtigen mit Essen dämpfen. Sie bleiben zum Teil ungebunden und machen - neben den Schuldgefühlen - die orale Kompensation unbefriedigend.

Sympathikotone Angst- und Kampfstimmungen, vor allem durch paranoides Mißtrauen gegen die Umwelt vorgebahnt, können das jahrelang balancierte Freß- und Fettsucht-gleichgewicht schließlich entgleisen lassen. Es bleibt

aber offen, ob nicht vorwiegend die Überschreitung eines sogenannten kritischen Körpergewichtes als Erklärung für die Diabetesmanifestation ausreichen würde.
Als weiterer Grund für eine Diabeteserkrankung kann vielleicht (wahrscheinlich aber auch bei anderen Erkrankungen) ein Objektverlust im Zustand chronifizierter Einsamkeit in einer emotional-zärtlich unbefriedigten Ehebeziehung angenommen werden.

3. Unter psychoanalytischen Vorzeichen stehende Tests (GIESSEN-, SZONDI-, WARTEGG-Test) machen mit kasuistischen Befunden übereinstimmend wahrscheinlich, daß Juvenile Diabetiker eine ausgeprägte schizoid gefärbte Angst vor der Hingabe erleben und zusätzlich im oral-kaptiven Bereich geschädigt sind.
Altersdiabetiker scheinen auch testpsychologisch fixiert zu sein in der oralen Phase, weswegen sie auf diese Phase im späteren Leben regredieren (vgl. oben).
Es ergibt sich ferner bei beiden Gruppen der Befund einer sehr gering entwickelten sozialen Potenz; Introversion und Abriegelung dürften als Schutz vor gefährlich erlebter Kontaktaufnahme aufgefaßt werden. Diese schon prämorbid entwickelte Angst wird überwiegend mit analen Abwehrhaltungen (Mißtrauen, Ehrgeiz, Pedanterie, Nüchternheit) abgewehrt.
Alle Diabetiker kennzeichnet zudem die mangelhaft ausgeprägte Fähigkeit, ein Objekt als meinhaft zu erleben resp. mit ihm etwas anzufangen. Ständiges Suchen nach neuen Objekten bei vorheriger Entwertung der schon besessenen und Unfähigkeit zur Bindung ist die eine Seite, ein sich-Anklammern an ein sich versagendes Objekt der zweite aus dieser Störung resultierende Effekt.

3a. In den anderen Persönlichkeitsinventaren ist die hauptsächliche, keinesfalls befriedigend gelöste Schwierigkeit die der Unterscheidung prädiabetischer Persönlichkeitszüge von krankheitsdependenten Veränderungen.
Im RORSCHACH-Test kommen übereinstimmend eine mürrische Gereiztheit sowie nicht ohne weiteres ableitbare Stimmungsschwankungen, die Diskrepanz zwischen fassadärer guter Kontaktaufnahme und Mißtrauen in die mitmenschliche Umgebung, eine deutliche innere Gespanntheit und Egozentrizität als Kennzeichen überwiegend jüngerer diabetischer Probanden zum Vorschein. Auffällig ist auch der mit diesem Verfahren häufig nachgewiesene bewußte Kampf gegen die eigenen Gefühle, zumeist Aggressionen, die z.T. auch mit Projektionen abzuwehren versucht werden.
Der TAT gibt sehr unterschiedliche Informationen: eine pathologisch enge Bindung an das Elternhaus, Suicidgedanken bei Erwachsenendiabetikern sowie eine von kindlich-jugendlichen Kranken überwiegend als bedrohlich erlebte Umwelt wurden mit seiner Hilfe erfaßbar.
Widersprüchliche Resultate ergeben sich aus der Anwendung des RPF: Einerseits schienen diabetische Kinder auf Mißerfolge empfindlich gekränkt zu reagieren und ihre Wut reaktiver Art ungebremst auf die ihnen im Wege stehende Außenwelt zu richten. Umgekehrt neigten sie dazu, den Rückzug aus der sie so frustrierenden Außenwelt anzutreten. Aus der Erfahrung ihnen enggesetzter Grenzen wollten sie sich zum Teil gar nicht mehr um die eigene Lebensgestaltung bemühen. Wir sehen also teils radikal alloplastisches, teils ausschließlich resignativ-autoplastisches Verhalten.

Aus dem MMPI können keine wesentlichen Erkenntnisse gewonnen werden, außer der allgemein gehaltenen Vermutung einer mehr als nur reaktiven Verbindung zwischen Depression und der chronischen Erkrankung eines Diabetes.
Aus dem Persönlichkeitsinventar des FPI gehen erhebliche Zweifel an der Offenheit der Diabetiker sowie ihres Selbstkritikvermögens hervor; der auch schon im RORSCHACH-Test zu vermutende Hang, sich in sozial erwünschtem Licht darzustellen, ließ sich hierfür als Ursache erkennen.
Die Arbeiten mit dem 16-PF-Test lassen sich nur dahingehend vergleichen, daß bei zwei darin dargestellten Diabetiker-Populationen eine hohe und nicht abgeführte Triebspannung zu vermuten ist, auf den vielleicht der ebenfalls nachzuweisende höher ausgeprägte Neurotizismusgrad zurückgeführt werden könnte.
Mit dem letzten, dem MANNHEIMER BIOGRAPHISCHEN INVENTAR, ließ sich ein für Juvenile Diabetiker gefährlicher Zirkel eruieren; die ausgesprochene Anlehnung an die Eltern begünstige den Mangel an Eigeninitiative, sekundär einen Mangel an Selbstwertgefühl, der wiederum die eigenen Initiativen lähme. Zum Teil in Übereinstimmung mit dem ROSENZWEIG'SCHEN VERFAHREN (siehe oben) fand sich zusätzlich eine ausgeprägte Ausweichtendenz der Jugendlichen vor Belastungen und eine unterdurchschnittliche Frustrationstoleranz.

3b. Relativ uneinheitliche Ergebnisse gehen aus der Anwendung von Neurotizismus messenden INSTRUMENTEN hervor; es könnte demnach sein, daß diabeteskranke Kinder mit noch nicht allzu langer Krankheitsdauer sich von Gesunden hinsichtlich dieses Parameters noch nicht unterscheiden, Erwachsene hingegen mit längerer Krankheitsdauer einen vergleichsweise höheren Ausprägungsgrad von Neuro-

tizismus haben.
Es bleibt die Frage offen, ob nicht - rein methodisch gesehen - die Anwendung von BESCHWERDELISTEN für die Fragestellung eines höheren Neurotizismusgrades bessere Aussagekraft haben. Mit der letztgenannten Technik wurde der Befund häufigerer Angst bei diabetischen Kindern, verglichen mit Gesunden, erhoben. Da Angst ja Inhalten zuzuordnen ist, bleibt die offene Frage, ob sich nicht bei Kindern mit Diabetes neben krankheitsbedingten auch primär neurotische Ängste nachweisen lassen würden.
Hier sind die Grenzen solcher Skalenmessungen deutlich zu sehen. Spezielle Messungen ließen überdies eine erhöhte, reaktiv interpretierte Depressivität von Diabetikern erkennen, ebenso ein zu Adipösen vergleichsweise höheres Maß an Extraversion.
Weitere Untersuchungen bestätigen erneut, daß die kommunikativen Fähigkeiten der Diabetiker als bescheiden gewertet werden dürfen, in erster Linie wegen ihrer Schweigsamkeit und Verschlossenheit. Introversion ist auch bei Diabetikern jüngeren Alters feststellbar, was sich die Patienten zum Teil selbst eingestehen. Dann, wenn der Diabetiker seine Einkapselung als sozial abträglich empfindet, wird er versuchen, zumindest oberflächlich gute Kontakte zu schaffen.
Erwachsene wie Jugendliche dürften schließlich als eher unkontrolliert gelten.
Unter Zusammenfassung aller Befunde erscheint es aber nicht als wahrscheinlich, daß dies für ihr Sozialverhalten gilt oder etwa für die Auseinandersetzung mit eigenen Triebansprüchen. Es erscheint sehr viel naheliegender, daß die durch den Diabetes erzwungenen Einschränkungen nicht mehr eingehalten werden können.

3c. INTERVIEW und klinische BEOBACHTUNGEN bei Kindern mit Diabetes ergaben zum Teil eine recht eindrückliche Symptomvielfalt, die eher an das Gesamtarsenal kinderneurotischer Auffälligkeiten erinnern denn an eine für den Diabetes im Kindes- oder Jugendalter spezifische Befundkonstellation.

4. Die hier zur Verfügung stehende psychiatrische Literatur ergibt keine ganz eindeutige Beziehung zwischen einem der zwei großen Krankheitsbilder (Cyclothymie, Schizophrenie) zum Diabetes. Weder ist aus ihrer Sicht die Frage ausreichend geklärt, ob sich zwischen ihnen inhaltliche Beziehungen ergeben, noch ob sich Gesetzmäßigkeiten in der zeitlichen Aufeinanderfolge von Psychose und Stoffwechselerkrankung finden lassen.
Im einen Fall wird eine Diabetesremission unter ausreichender antipsychotischer Therapie beschrieben. Eine diabetestypische Psychose mit Symptomen ähnlich einer progressiven Paralyse ist bisher nicht überzeugend nachgewiesen.
Es erscheint im weiteren sinnvoll, bei Diabetikern nicht nur das Essen als Suchtmittel zu sehen, sondern, wie einige Beispiele zeigen, auch den Alkohol. Es stellt sich hier generell die Frage nach den unterschiedlichen Bedingungen, unter welchen bei einigen Diabetikern eine native orale Triebbefriedigung möglich ist, während bei dem größeren Teil der Diabetiker aber (erst nach) der Krankheitsmanifestation orales Zugreifen unter der "Insulinprothese" möglich wird (primärer Krankheitsgewinn).
Aus der umfänglichen Literatur psychophysiologischer Thematik lassen sich u.a. aus methodischen Überlegungen heraus nur einige wenige Arbeiten herausgreifen, die psychiatrische Krankheitsbilder mit der Glucosetoleranz der jeweiligen Patienten zu korrelieren vermögen. Es erscheint derzeit nicht möglich, eine beeinträchtigte KH-

Toleranz einem bestimmten Krankheitsbild zuzuordnen; es bleibt eventuell in weiteren Untersuchungen zu überprüfen, ob die gestörte Glucose-assimilation tatsächlich ein Feinsymptom der depressiven Komponente der Cyclothymie ist.

Aus den zahlreichen Untersuchungen hinsichtlich der Kinetik der Freien Fettsäuren wurden mit Richtung auf den Diabetes mehrere Überlegungen getätigt. Zunächst wurde vermutet, daß mit ihrer Untersuchung die Erfassung jenes Faktors gelungen sei, der über die Stabilität der jeweiligen Diabeteseinstellung Auskunft gebe und sich therapeutisch beeinflussen lasse (Betablockergabe). Darüber hinaus wurde angenommen, daß die FFS-Anstiege einer der ersten nachweisbaren allgemeinen Stressreaktionen darstellen.Ob Diabetiker bei einem solchen Anstieg auch einen sinkenden Glucosespiegel zeigen und damit anders reagieren als Nichtdiabetiker (normaler Glucosespiegel), muß noch einmal überprüft werden. Schließlich wurden diese FFS-Anstiege als sogenannte Stressindikatoren dazu verwendet, um eine Gruppe sogenannter superlabiler Diabetiker mit rekurrierenden ketoacidotischen Entgleisungen zu identifizieren.

5. Ein nur für Diabetiker typisches Familiengefüge kann unter testpsychologischem Erfassungsmodus nicht nachgewiesen werden; es ist zu bezweifeln, ob es so überhaupt gefunden werden kann.

Nicht sicher kann die Frage nach eventuell gehäuften seelischen Erkrankungen der Eltern späterer Diabetiker beantwortet werden, da gesicherte Vergleiche hierzu noch fehlen. Trotz vielfacher Rubrizierung angeblich typischer elterlicher Erziehungsstile bei Diabetes kann lediglich die Übertragbarkeit von bei anderen Erkrankungen gefun-

denen Beobachtungen und Einteilungskriterien bezüglich elterlicher Verhaltensweisen auf Kinder mit Diabetes bestätigt werden. Die Kasuistik macht deutlich, daß frühkindlich erlebter Liebesmangel bei den Diabetikern, ganz besonders bei Juvenilen Vertretern, eine häufig erlebte einheitliche Grunderfahrung darstellt.
Bei Altersdiabetikern dürften typischerweise eher orale Verwöhnungserlebnisse bei späteren Versagungen im Vordergrund stehen. Beide Erfahrungskonzentrate bedürfen selbstverständlich keiner einheitlichen Familienstruktur.
Nach - testpsychologischen - Untersuchungen läßt sich nicht ohne weiteres behaupten, daß die Ehen, in denen ein Kind mit Diabetes lebt, pauschal schlechter oder weniger stabil als andere seien. Es darf nach dieser Erfassungsweise als sehr wahrscheinlich gelten, daß die diabetischen Kinder nicht mehr Zuwendung erfahren als die anderen auch. Weder in Bezug auf erlebte Strenge, noch hinsichtlich erfahrener elterlicher Unterstützung hat das diabetische Kind einen im Vergleich zu Geschwistern anders gearteten Erfahrungsschatz. Es wird hierbei eine deutliche Diskrepanz zwischen Befunden der Einzelfallbetrachtung und des testpsychologischen Ansatzes sichtbar.

6. Der nicht selten bemühte medizinische Traumabegriff ist für die Besprechung der manifestationsfördernden Anlässe des Diabetes in der Regel ungeeignet, da er nur scheinbar objektiv ist. Speziell die in ihm immer enthaltene Ausklammerung der Subjekt- bzw. Erlebnisseite macht seine Verwendung mehr als problematisch. Es erscheint zudem verfehlt, nur nach außergewöhnlichen Erlebnissen und Ereignissen fahnden zu wollen. Mit dem Vorbehalt zu weniger empirischer Nachweise könnte man

Erfahrungen chronischer Einsamkeit bzw. Liebesmangels mit zunächst noch jahrelanger oraler Kompensation als ein zu einem Diabetes führende Bedingungsgefüge für den Altersdiabetiker annehmen, wobei ein akutes Verlusterleben, häufiger vielleicht aber ganz einfach das Überschreiten eines kritischen Körpergewichts durch Vielessen zum Krankheitsausbruch führt. Traumatisch erlebte Verluste oder tief eingreifende Angsterlebnisse sind im Verein mit ausgeprägten Selbstbestrafungsbedürfnissen - aus psychologischer Sicht - der wahrscheinlich selten anzutreffende Auslösemechanismus bei Juvenilen Diabetikern. Vereinzelte Beispiele weisen eine Diabetesentstehung mit psychischem Trauma als alleinige Ursache nach, wobei Erbanlagen nicht dingfest gemacht werden konnten. Trauma ist dabei tatsächlich als einschneidendes, einmaliges Erleben gesehen worden. Betreff der hauptsächlich für Altersdiabetiker genannten Auslösesituationen eines Objektverlustes ist relativierend zu sagen, daß dieser auch im Vorfeld anderer, z.T. chronischer Erkrankungen zur Beobachtung kam.

7. In den Partnerbeziehungen der Diabetiker finden wir Hinweise auf zum Teil offen ausgelebte Wünsche nach kleinkindhafter Geborgenheit, die das Leistungsvermögen des stoffwechselgesunden Partners überfordern können. Es sind auch sadomasochistische Clinchbeziehungen in der Ehe von Diabetikern herausgearbeitet worden. Aus Fallbeispielen wird zudem eine wohl aus der Fehlverarbeitung des Ödipuskonfliktes herrührende sexuelle Undifferenziertheit bei Diabetikern deutlich, die neben spezifischen Störungen aus den vorangegangenen Entwicklungsphasen genitales Eheleben erschwert, wo nicht verunmöglicht. Die somatisch-neurogenen Impotenz ist also sowohl nur ein Teil-

aspekt von Potenzstörungen bei Diabetikern, die sich in Bezug auf das noch hierbei vorhandene sexuelle Interesse bei gleichzeitiger Unfähigkeit zum Vollzug von psychogener Impotenz mit fehlender Libido unterscheiden läßt.
In der Partnerwahl von Diabetikern ist neben äußeren Merkmalen (adipöses Schönheitsideal bei entsprechend konfigurierten Altersdiabetikern) das Motiv der Angstbindung wohl entscheidend, das in der Erwartung zum Ausdruck kommt, mit dem Partner zusammen eine autarke Welt aufzubauen. Es wird vermutet, daß Diabetiker überhaupt seltener eine eheliche Bindung eingehen als Gesunde, weil sie sich von vornherein weniger liebenswert fühlen.

7a. Den Umweltsbezug belasten zunächst verständlich wirkende Versuche des Diabetikers, seine Krankheit vor den anderen verborgen zu halten. Die bei Juvenilen Diabetikern auch als schizoid interpretierte Introversion und die bei den Altersdiabetikern stark ausgeprägte passive Verwöhnungshaltung, gepaart mit ausgeprägtem Mißtrauen zur Umwelt, erschweren als persönlichkeitsstrukturelle Komponenten den mitmenschlichen Umgang. Gleiches gilt für anale Züge wie Eigensinn und Streben nach Dominanz bei Vertretern beider Diabetesformen. Die soziale Potenz dürfte insgesamt daher nicht allzugroß sein, wie das zumindest auch Jugendliche mit Diabetes so erleben. Darüber dürfen weder oberflächlich-gekonntes Kontaktverhalten hinwegtäuschen noch optimistische, nicht der Realität entsprechende Selbsteinschätzungen v.a. der Altersdiabetiker.

8. Aus psychologischer Sicht vorgetragene Einwände gegen die bisher formulierten drei ätiologische Diabeteskonzepte (Hungerstoffwechsel gleich Diabetes, Diabetes als Folgeerscheinung chronischer Ängste, Diabetes als Folge einer Freß- und dann Fettsucht) verfolgen eine unterschiedliche Zielrichtung.
Erkenntnistheoretisch wirkt die Auffassung, man könne unmöglich krankheitsdependente Persönlichkeitsbezüge von prämorbiden trennen, so auch nicht beim Diabetes. Aus der Empirie zu verstehen ist Einwand, man finde bei den Diabetikern niemals einen einheitlichen, familial bedingten Erlebnishorizont, somit auch keinen uniformen, persönlichkeitsstrukturell gewordenen Grundkonflikt.
Die psychogenetische Gleichsetzung von Nahrung und liebe sei überdies ein allgemein-menschliches Problem.
Mehr grundsätzlicher Natur wiederum sind Einwände, die sich gegen die Auffassung von Organwahl entsprechend präformierter psychosomatischer Bahnung richten. Die einzig richtige Sicht sei die einer Organwahl im Rahmen einer körperlich-konstitutionellen Empfindlichkeit.
Psychosomatisch orientierte Diabetesforschung hat auf solche Einwände unbedingt Bedacht zu nehmen. Allerdings ergeben sich auch gegen die Kritikpunkte Einwände. Würde man z.B. dem zuerst genannten Argument der Ununterscheidbarkeit prämorbider von postmorbiden Persönlichkeitszügen folgen, würde letztlich jede ätiologisch orientierte psychosomatische Forschung mit entsprechender Zielsetzung zu vergeblicher Liebesmühe deklariert werden. Ein pathogenetisch weitgehend einheitlicher familialer Bezugsrahmen ist in den obig genannten, krankheitsätiologisch orientier-

ten Hypothesen entgegen der zitierten Kritik sehr wohl enthalten, freilich mehr im Sinne einheitlicher Früherfahrungen späterer Diabetiker. Schließlich ist bei Diabetikern die Verzahnung: Liebe gleich Essen in einem weit über den durchschnittlichen Erfahrungsbereich hinausgehendem Maße festzustellen. Insgesamt läßt aber der bisher geringe Umfang psychoanalytisch ausgerichteter Kasuistik aber zu weit gehende Verallgemeinerungen bezüglich eines einheitlichen, frühkindlichen Erfahrungshorizontes späterer Diabetiker im Sinne obig genannter Hypothesen noch nicht zu.

9. Neuere immungenetische Erkenntnisse lassen für den Juvenilen Diabetiker sowohl eine virale wie auch autoimmunologische Genese sehr wahrscheinlich erscheinen, darüber hinaus sogar Mischformen dieser Entstehungsweisen. Aus somatischer Sicht treten also Umweltsfaktoren und somit auch - implizite - psychosomatische Modellvorstellungen bei der Entstehung eines Juvenilen Diabetes ganz in den Hintergrund. Mit Sicherheit wird dagegen auch aus somatischer Sicht das psychosomatische Freß- und Fettsuchtkonzept, sieht man von den wenigen somatisch bedingten Faktoren der Hyperphagie ab, in ausreichender Weise die Adipositasausbildung beim Altersdiabetiker erklären können, während man für die Diabetesentstehung selbst neuere Erkenntnisse bezüglich der körpergewicht-korrelierten Insulinrezeptoren mit in die Überlegungen einbeziehen muß. Die Gleichsetzung eines Diabetes mit einem Hungerstoffwechsel wurde früher mit konkreten physiologischen Argumenten in Frage gestellt, zudem mit berechtigten Warnungen vor verführerisch wirkenden Analogieschlüssen bedacht. Eine endgültige Verifizierung erfordert freilich experimentelle Arbeiten mit komplizierten Messungen, wie sie hier angedeutet wurden.

Noch nicht endgültige Schlüsse erlauben Fragen des Zusammenspiels zwischen der sympathisch-parasympatischen Beeinflussung des Inselzellenapparates mit dem für die Insulinfreisetzung verantwortlichen pankreatischen Glucoserezeptor (Stand der Forschung von 1975); gleiches gilt für die Ausmaße der FFS-Einwirkungen auf die Insulinfreisetzung. Von den damit zusammenhängenden ungeklärten Fragen wird möglicherweise auch die Beantwortung jener Fragen abhängen, inwieweit alltägliche bzw. diabetiker-spezifische chronische Angst eine Diabetesmanifestation unter Einschaltung des autonomen Nervensystems hervorrufen kann.
Zusammengefaßt erscheinen die genannten Diabeteskonzepte durch die neuere somatische Forschung zum Teil in Frage gestellt, zum Teil noch völlig ungesichert (Hungerstoffwechsel), zum Teil generell in den Hintergrund gedrängt (Ätiologie des Diabetes-Typ-I überhaupt) und schließlich ergänzt (Freß-/Fettsucht). Es erscheint angesichts dessen angezeigt, die psychosomatischen ätiologischen Vorstellungen unter Zugrundelegung neuester somatischer Gesichtspunkte an Diabetespatienten erneut zu überprüfen.

10. Das Akzeptieren einer chronischen Krankheit scheint nur für den Außenstehenden leicht. Kinder und auch Jugendliche werden sich der vollen Tragweite ihrer Krankheitssymptome anfänglich wohl nicht bewußt. Sie erscheinen zudem zur Leugnung ihrer Krankheit gezwungen, da sie diese sonst als z.T. unbewußte Strafe für schuldgefühlhaft besetzte Konflikte auffassen oder als Bestätigung früher erworbener Minderwertigkeitsgefühle erleben müßten.

Die diagnostische Relevanz z.T. unbewußter Krankheitsinterpretationen seitens der Betroffenen ist bisher nicht ausreichend geprüft worden. Das Ausmaß späteren Akzeptierens der Krankheit wird des ungeachtet einheitlich in der Literatur vom Grad der Bewältigung solcher z.T. neurotischer Gefühle eigener Insuffizienz oder eigener Schuld abhängig gesehen.
Vielfältig sind die Versuche, sowohl die kindlichen als auch die mütterlichen (elterlichen) Initialreaktionen auf die Diabetesdiagnose in einem regelhaften Ablauf zu sehen. Diese zumeist statistischen Arbeiten lassen naturgemäß wenig Rückschlüsse etwa auf die diagnostische Relevanz solcher Initialreaktionen für die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung zu. Der an sich wichtigen Frage, inwieweit aus Reaktionen auf die diabetische Erkrankung z.B. auf ansonsten verdrängte, schuldgefühlhaft erlebte, reale oder vermeintliche erzieherische Fehler oder pathogene Eltern-Kind-Beziehungen überhaupt geschlossen werden kann, ist bisher noch niemand systematisch nachgegangen. Die Bearbeitung der vorgenannten Frage könnte aber viel eher prognostische Hinweise etwa auf die spätere Qualität der Stoffwechselführung geben als bisherige, schematisch wirkende Aufzählungen prozentual verteilter Gefühlsreaktionen von Kind und Eltern.

11. Die Diätführung dürfte die Crux der Diabetesbehandlung darstellen. Die Ablehnung einer Sonderrolle seitens des Diabetikers, die ansonsten unausweichliche Schuld- und Isolationsgefühle hervorruft, eine bei normaler Kost vermeidbare Angstentwicklung, die sonst durch elterliche Drohungen zur Diätzwingung regelmäßig hervorgerufen wird, eine bei normalem Essen weniger leicht und

/oder deutlich empfundene Benachteiligung in Bezug auf Essen und eo ipso elterliche Liebe lassen sich als wichtige Argumente für eine liberale Kostführung ins Feld führen.
Hervorzuheben sind überdies dann ausbleibende, ansonsten beständige familiale Zerwürfnisse, die ja das ganze Familiengefüge betreffen. Die Oberlegenheit einer strengen Diätobservanz beweisen zu wollen, scheint hauptsächlich deswegen unmöglich, da ihre exakte Befolgung im alltäglichen Leben praktisch nicht sicherzustellen ist. Die verschiedenen Gründe hierfür wurden genannt.
Eine echte Gegenüberstellung von Vor- und Nachteilen einer exakten Kostbilanzierung müßte also die bisher nirgendwo in Rechnung gestellten, obig genannten psychologischen Nachteile reglementierter Lebensführung mit in die Güterabwägung einbeziehen: In Übereinstimmung mit den psychosomatischen Diabeteskonzepten wird hier die Auffassung vertreten, daß bei Sicherung des Wachstums zumindest dem kindlich-jugendlichen Diabetiker zu essen erlaubt sein solle, was er sich wünscht, da diese Haltung die Befriedigung elementarster Bedürfnisse gestattet, zum anderen sonst unvermeidlichem Schwindeln vorbeugt. Auch beim Erwachsenen wird man am besten versuchen, Ausgeglichenheit zwischen somatischen Erfordernissen und seelischen Bedürfnissen herzustellen, gepaart mit viel Verständnis für nahezu immer zu erwartende "Diätsünden".

11a. Die vielfältigen Korrelationsversuche guter wie schlechter Stoffwechselführung mit objektiven Parametern (Alter, Personenstand, Wissen) ergeben durchaus widersprüchliche Resultate und übersehen die individuellen Aspekte der meisten dieser Größen.

Nur zwei Darstellungen widmen sich dem Krankheitserleben des Diabetikers als dem wohl entscheidenden Hintergrund für seine Stoffwechselführung. Aus ihnen wird deutlich, wie symbolhaft das Krankheitserleben mit vielen frustrierten Bedürfnissen verwoben ist, aus deren Verständnis und Befriedigung hauptsächlich der Erfolg oder das Mißlingen einer guten Stoffwechselführung ableitbar sein dürfte.

12. Die Arzt-Patienten-Beziehung wird übereinstimmend in der Literatur als die wichtigste, den Diabetesverlauf global beeinflussende Variable überhaupt gesehen. Für den Arzt ist zum einen die Kenntnis der Krankheitsinterpretation seitens des Patienten von erstrangiger Bedeutung, vergleichbar nur noch mit der Wichtigkeit des Verständnisses für den Essensdrang diabetischer Patienten. Eine umfassende Krankengeschichte, die Rückschlüsse auf den Grad der zu erwartenden Diabetesakzeptanz und der Einwilligung in die mit der Krankheit unvermeidlichen Verzichte erlaubt, erscheint unabdingbar. Der Arzt muß sich auf Übertragungsreaktionen der Patienten gefaßt machen, die anderen Bezugspersonen (Eltern) gelten. Er darf nie die Geduld verlieren, je neu diesselben, um den Diabetes kreisenden Fragen bzw. Befürchtungen zu beantworten resp. auf realistische Ausmaße zu reduzieren. Nie sollten überflüssige Ängste etwa durch entsprechende Drohungen heraufbeschworen werden. Im Falle elterlicher Defizienz muß der Hausarzt dem Jugendlichen eine nicht nur auf die Krankheit bezogene Selbständigkeit zu gewähren bzw. zu lehren suchen. Von entscheidenster Bedeutung dürfte die Unterlassung all jener Maßnahmen sein, die im Diabetiker gleich welchen Alters das Gefühl des Ungeliebtseins

verstärken.
Diverse Maßnahmen einer sogenannten kleinen Psychotherapie werden empfohlen: Aufklärung über die physiologischen Ursachen innerer Gespanntheit; intensives Eingehen auf den Diabeteserkrankten, um einen Aggressionsstau abzubauen oder gar nicht erst entstehen zu lassen; Vermittlung geistiger-innerer Werte; Suggestive Maßnahmen zur Behandlung häufiger Konversionssymptome; Sexualberatung zur Vermittlung von Freude am sexuellen Leben bzw. zur Prävention körperlich bedingt imponierender, in Wahrheit aber zumeist seelisch verursachter vorübergehender Versagenszustände.
Die Schwierigkeit wird in der damit immer gegebenen Elternrolle des Arztes gesehen, die dieser nicht so ohne weiteres wieder abgeben könne. Verschiedentlich wird der enge Kontakt zum und die Mitbehandlung seitens des (Kinder-) Psychiaters gefordert, zusätzlich für die Angehörigen (Mütter) die vom hierzu qualifizierten Psychologen zu übernehmende stützende Mitbehandlung (via entsprechender Gesprächsführung). Teamarbeit, die auch die Lehrkräfte einbezieht, erscheint gerade bei Juvenilen Diabetikern unerläßlich.

13. Einen klaren Indikationskatalog für ursächlich angreifende, große Psychotherapie bei Diabetikern hat bisher niemand erarbeitet. Unabhängig von den Eignungsfragen und der bei Diabetikern generell gering einzuschätzenden entsprechenden Motivation hierzu dürfte eine Indikation für eine derartige Behandlung die komplette Verleugnung des Diabetes sein, ein zweiter chronisches Mißlingen einer zumindest zufriedenstellenden Stoffwechselführung. Lebensschwierigkeiten auch unabhängig vom Diabetes, die als psychoneurotisch anzusehen sind, entsprächen einer dritten Indikationsstellung.

13a. Bisherige analytische Einzelbehandlungen sind fast ausschließlich an Juvenilen Diabetikern vorgenommen worden. Der Zugang zum Patienten war zum einen über die stationäre Behandlung, zum anderen über einen nicht mit dem Diabetes direkt zusammenhängenden Leidensdruck möglich gewesen. Ausnahmslos handelte es sich um aus somatischer Sicht so gesehene Problemfälle. Mit einer Ausnahme konnten zum Teil erhebliche seelische Umstrukturierungen erzielt werden, die auch zu einer Besserung der Stoffwechselsituation führten.
Eine auf diese Weise zu erzielende Diabetesremission erscheint vorläufig als unwahrscheinlich. Diskutabel ist der Vorschlag, eventuell der Analyse von Abwehren weniger Aufmerksamkeit zu schenken, um es nicht zu einer Stoffwechselverschlechterung kommen zu lassen.
Es erscheint auch überlegenswert, im stationären Bereich etwa i.S. stützender Behandlung zuvorderst eine verläßliche Arzt-Patienten-Beziehung entstehen zu lassen, bis eine ausreichende Diabeteseinstellung gegeben ist.
Der Widerstand gegen analytisches Vorgehen könnte bei Juvenilen Diabetikern zum einen in der Furcht vor Wegnahme des Insulins liegen, das bisher angstfreies Zugreifen ermöglichte (primärer Krankheitsgewinn), eventuell auch in der Angst vor Aufgabe einer Abhängigkeitsbeziehung zugunsten zugelassener Kritik an dem als übermächtig erlebten Gegenüber. Der primäre Krankheitsgewinn bei Altersdiabetikern könnte zum einen darin liegen, daß der Diabetiker sich weiterhin als unschuldiges Opfer einer von ihm selbst feindselig gemachten Umwelt verstehen kann, zum andern auch darin, daß er sich nicht um eine aktive Veränderung seiner emotional entleerten Partnerschaft bemühen muß, sondern in ihr nach Erkrankungsbeginn klein-

kindlich-regressive-passive Versorgungswünsche anmelden und zu befriedigen versuchen kann.

14. Gruppentherapeutische Aktivitäten haben die davon betroffenen (Alters-)Diabetiker zu einer anders nicht erzielten Gewichtsreduktion, zur Gewinnung von mehr Selbständigkeit und einem höheren Grad der Diabetesakzeptanz sowie zu einer verbesserten Stoffwechselführung verholfen. Der nahezu identische Lebenshintergrund der Mitglieder einer Gruppe verhinderte nicht die Bewußtmachung und Bearbeitung von den für Diabetiker als typisch erachteten Konfliktstoffe. Die in der Gemeinschaft vermittelte Aufhebung von Gefühlen der Einsamkeit und sozialer Isolierung läßt eine arbeitsfähige Gruppe entstehen.

Es bleibt vorläufig aber durchaus noch offen, ob die Lösung von Kardinalproblemen wie die Auflösung von Abhängigkeitsbeziehungen bzw. die Reduktion von Vergeltungsangst bei offen vorgebrachten Aggressionen in einer Diabetikergruppe gelingen kann. Hierzu wären weitere Erfahrungen aus Gruppentherapien sehr nützlich.

14a. Bei jenem aus Amerika stammenden familientherapeutischen Verfahren der "therapeutisch induzierten Familienkrise" dürfte die entsprechende Indikation für jene zumeist jugendlichen Diabetiker gelten, die aus Gründen des Alters oder familienneurotischer Verstrickungen nicht als reif genug angesehen werden können, um erfolgreich individualtherapeutisch behandelt zu werden. Es setzt zudem eine ungewöhnliche Aktivität des Behandlers voraus.

Subortive Maßnahmen könnten bei jenen (zumeist wohl schon älteren) Patienten zur Anwendung gelangen, von denen schwer-

lich erwartet werden kann, daß sie sich therapeutisch fruchtbare Einsichten in die Hintergründe ihrer zumeist hypochondrisch vorgetragenen "lärmenden" Körpersymptome entwickeln werden.
Die BIOFEEDBACK-Verfahren harren noch einer differentiellen Indikationsstellung, könnten aber vorwiegend bei Diabetikern mit geringer Einsichtsfähigkeit und Neigung zum "stoffwechselmäßigen" Agieren zum Einsatz kommen.

15. Entgleisungen eines Diabetikers können nicht a priori als Ausdruck eines gesonderten Krankheitsbildes ("brittle" diabetes), sondern müssen vielmehr als in erster Linie lebensgeschichtlich bedingt angesehen werden. Man muß zumeist an eine Flucht aus als unerträglich erlebten Lebensbedingungen in eine offenbar Sicherheit und Geborgenheit verheißende Krankenhausatmosphäre als ein ausschlaggebendes Motiv denken. Zusätzlich dürfte ursächlich als - teilweise bewußtseinsnahes - Motiv der Wunsch des Diabetikers eine Rolle spielen, durch Verleugnung seiner Erkrankung, die dadurch prompt entgleist, die mit ihr eng assoziierten Gefühle der Inferiorität, des Andersseins und der Bestrafung abzustreifen, mit welchen Gefühlskomplexen er sich sonst auseinandersetzen müßte. In seiner Erlebnisweise will der Diabetiker also vermeiden, daß durch Krankheitsakzeptanz die genannten Gefühlsinhalte irreversibel Teil seiner Persönlichkeit würden.
Zumindest in der Annahme einer Psychogenese ketoacidotischer Entgleisungen besteht eine sonst nicht festzustellende Einigkeit in der Weltliteratur.

16. Im Vergleich zur Persönlichkeitsstruktur anderer chronisch Erkrankter resp. Behinderter ergeben test-

psychologische Untersuchungen keinen für Diabetiker typischen, diese als Population unterscheidbaren Befund.
Daraus kann zunächst nur der Schluß auf die Notwendigkeit anzuwendender tiefenpsychologischer Methoden gezogen werden, von denen die Herausarbeitung spezifischer Konfliktsituationen ja am ehesten erwartet werden kann. Nur sehr verallgemeinert ist im übrigen bis jetzt die Feststellung möglich, daß Diabetiker mit unbefriedigender Stoffwechseleinstellung schwerere bzw. gehäufter auftretende psychische Defekte aufweisen. Erwachsene mit Diabetes unterscheiden sich von Heranwachsenden bei gleicher Krankheitsform durch größeren Aggressionsstau, deutlicherem Überforderungsgefühl und vermehrt gespürter innerer Gespanntheit.

17. Im Ausblick muß erneut die Wichtigkeit vermehrter und vergleichender tiefenpsychologischer Forschung betont werden.
Als Forderung für die Zukunft sollen genannt werden: Einbezug und Anwendung der Ich-psychologischen Konzepte, Längsschnitt- statt bisheriger Querschnittuntersuchungen, vergleichende Untersuchungen von Diabetikern mit gesicherten somatischen Ursachen ihrer diabetischen Erkrankung im Vergleich zu solchen, bei denen solche nicht vorliegen.

Ideal wäre außerdem die Erfassung verschiedener d.h. auch somatisch und psychisch gesunder Bevölkerungsgruppen, die eine kritische Würdigung vieler psychosomatischer Konzeptbildungen überhaupt erst ermöglichen würde.

LITERATURANGABEN

ACK,M.,
Psychological Problems in long-standing insulin-dependent diabetic patients.
Kidney International, Suppl. 1,2 pp.141 - 143, New York, Berlin, 1974

ACK, M., J:MILLER, W.B. WEIL, Jr.,
Intelligence of Children with diabetes mellitus.
Pediatrics, No 28, pp. 764 - 770, 1961.

AKERBLOM, H.K., R.FÖRST, K. PIIRAINEN,
Emotional factors, control of diabetes and diurnal variation of circulating Growth Hormone in diabetic children.
Israel Journal of Medical Sciences, Vol. 8, No6, p. 876,1972

ALDRICH, C.,
Glucose-Tolerance in diabetic schizophrenic patients.
Archives of Neurology and Psychiatry, No XX, pp.498-503, 1948

AMENDT,P., G. KLUGE, E.LEHMANN, D.E.MÖLLER, E.GÖDEL
Nachuntersuchungen von Kindern diabetischer Mütter.
Das deutsche Gesundheitswesen, Nr. 26, Berlin, Seite 1874 - 1879, 1971.

ANDERSON, R.S., L.M.GUNTER, E.J. KENNEDY,
Evaluation of clinical, cultural and psychosomatic influences in teaching and management of diabetic patients: a study of medically indigent negroe patients.
The American Journal of Medical Sciences, June 1963, pp. 75 -83

APPELBOOM-FONDU, J.,F. VERSTRAETEN, B: NYSENHOLC, N. DORCHIC, H. LOEB,
Psychological Aspects of the Diabetic Child and his Family. International Beilinson Symposium on the Various Faces of Diabetes in Juveniles, Jerusalem, Israel, 1972.
In: Modern Problems in Pediatrics, Vol. 12,pp. 361 -363, Basel, Karger, 1975.

APPELBOOM-FONDU, J., F. VERSTRAETEN, J. van LOO-REYNAERS,
Comparative Study of Psychological Aspects between Diabetic and Hemophilic Children.
In: Pediatric and Adolescent Endocrinology, Vol. 3, pp. 29 - 35, 1977.

Der ARZNEIMITTELBRIEF,Nr. 10, Oktober 1981,
Zur Ätiologie des insulinabhängigen Diabetes mellitus (Typ - I - Diabetes).
15.Jahrgang, Seite 93/94.

BÄRSCHNEIDER, M.,
"Sammeltopf" Diabetes; Betrachtungen zur "Vererbung".
Münchner Medizinische Wochenschrift, Nr. 20, Seite 800 - 804, 1958

BAIN, H.W.; A.J.CHUTE,
Diabetes in School-Children.
Pediatric Linics of North America, no.12, pp. 919 -940, 1965.

BAKER, L., A.BARCAI, R.KAYE, N.HAQUE,
Beta adrenergic blockade and juvenile diabetes: Acute studies and longterm therapeutic trial.
The Journal of Pediatrics, No. 19, pp. 19 -29, 1969.

BAKER, L., A.Barcai,
Psychosomatic Aspects of Diabetes mellitus.
In: Modern Trends in Psychosomatic Medicine, Vol.2,
pp. 105 - 123, London, O.W.Hill, Ed, 1970.

BAKER,L., S.MINUCHIN, L.MILMAN, R.LIEBMAN, T.TODD,
Psychosomatic Aspects of Juvenile Diabetes mellitus:
A Progress Report.
In: Modern Problems in Pediatrics, Vol. 12, pp. 332 - 343,
Karger, Basel, 1975.

BANK, S.,
The Management of Diabetes in the Unterprivileged, with special Reference to pancreatic Diabetes.
South African Medical Journal, No. 40, pp. 342 - 346, 1966

BARCAI, A.,
Emotional Aspects and Control in Juvenile Diabetes.
In: Laron, Zvi, Habilitation and Rehabilitation of Juvenile Diabetes, Leiden, 1970, pp. 108 - 114.

BASTINE,R., J.C. BRENGELMANN,
Fragebogen FDE oder Direktivitätsskala des Fragebogens zur Erfassung direktiver Einstellungen.
Verlag Hogrefe, Göttingen, 1972.

BAUCH,M.,
Beeinflussung des Diabetes mellitus durch psychophysische Entspannungsmethoden.
Deutsches Archiv für Klinische Medizin, Nr. 178, Seite 149-166, 1935.

BEARDWOOD, J.T.,
Industry's Role in the Employment of the Diabetic.
Industrial Medicine and Surgery, June, 1950, pp.271-273.

BEASER, S.,
A Survey of present-day Treatment of Diabetes mellitus.
The New England Journal of Medicine, Vol. 244, No. 19,
1951, pp. 714 - 717.

BEASER, S.,
Medical Progress - Diabetes mellitus.
The New England Journal of Medicine, Vol. 251, No. 18,
p. 738, 1954.

BIRBAUMER, N.,
Neuropsychologie der Angst. Reihe: Fortschritte der Klinischen Psychologie, Bd. 3., Verlag Urban und Schwarzenberg,
München - Berlin - Wien, 1973.

BLEULER, M.,
Endokrinologische Psychiatrie.
Stuttgart, 1954.

BLOTNER, H.,
Attempted Suicide with Insulin.
The American Journal of the Medical Sciences,
Vol. 227, pp. 387 - 390, 1954.

BOGDONOFF, M.D., E.H.ESTES, Jr., D.TROUT,
Acute Effect of Psychologic Stimuli upon Plasma Nonesterified Fatty Acid Levels.
Proceedings of Society Experimental Biology and Medicine,
Vol. 100, pp. 503 - 504, 1959.

BOGDONOFF,M.D., E.H.ESTES, W.R.HARLAN, D.TROUT, N. KIRSHNER,
Metabolic and Cardiovascular Changes during a State of Acute Central Nervous System Arousal.
Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism., Vol. 20,
pp. 1333 - 1340, 1960.

BOGDONOFF, M.D., E.H. ESTES Jr.,
Energy Dynamics and Acute States of Arousal in Man.
Psychosomatic Medicine, Vo. 23, pp. 23 - 41, 1961.

BOGDONOFF, M.D., R.F. KLEIN, K.W. BACK, C.R. NICHOLS, W.G. TROYER, T.C. HOOD,
Effect of Group Relationship and the Role of Leadership upon Lipid Mobilization.
Psychosomatic Medicine, Vol. 26, p. 710, 1964

BOULIN, R., P. UHRY, P. DUCAS, J. LAMBERT, E. ELLACHAR,
Le développement mental et affectif de l'enfant diabétique.
Semaine Hôpital, 26/42, Seite 2023 - 2034, Paris, 1950.
(siehe: Excerpta Medica Paediatrica 5, Section VII., 1951)

BRACELAND, F.J.,
Delayed Action of Insulin in Schizophrenia.
American Journal of Psychiatry, Vol. 102, pp. 108 - 110, 1945.

BRENGELMANN, J.C., L. BRENGELMANN,
Deutsche Validierung von Fragebögen der Extraversion, neurotischen Tendenz und Rigidität.
Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie, Nr. 7, Seite 291 - 331, 1960.

BROWN, G.D., W.H. THOMPSON,
The diabetic Child - An analytic study.
American Journal of Diseases of children, Vol. 59, pp. 238 - 254, 1940.

BRUCH, H.,
Psychological Aspects of Diabetes in Children.
In: Diabetes mellitus. III. Kongreß der Internationalen Diabetes Foederation. Düsseldorf, 21.-25.7.1958. Hrsg. K. Oberdisse, K. Jahnke, 1959, Seite 477-483.

BRUHN, J.G.,
Psychosocial Influences in diabetes mellitus.
Journal of Postgraduate Medicine, Vol. 56, pp. 113 - 118, August 1974.

BRUHN, J.G.,
Self-Concept and the Control of Diabetes.
American Family Physician, Vol. 15/3, pp. 93 - 97, 1977.

BUSCH, G.,
Syndrom des wahnhaften Ungezieferbefalls bei einem Diabetiker.
Zeitschrift für die gesamte Innere Medizin und ihre Grenzgebiete, Jahrgang 15, Nr.9, Seite 411 - 417, 1960.

CARDON, P.V., Jr., M.D. GORDON,
Rapid Increase of Plasma Unesterified Fatty Acids in Man during Fear.
Journal of Psychosomatic Research, Vol. 4, pp. 5 - 9, 1959.

CARDON, P.V., Jr., P.S. MUELLER,
A possible mechanism: Psychogenetic Fat Mobilization.
Annals of the New York Academy of Sciences, Vol. 125/3, pp. 924 - 927, 1966.

CARLSON, L.A., L. LEVI, L. ORO,
Plasma Lipids and urinary Excretion of Catecholamines in Man during experimental induced Emotional Stress and their modification by Nicotinic Acid.
Journal of Clinical Investigation, Vol. 47, pp. 1795 - 1805, 1968.

CATTELL, R.B.,
Die empirische Erforschung der Persönlichkeit.
Beltz Studienbuch, 2.Aufl. 1978, Weinheim/Basel.

CHERASKIN, E., W.M. RINGSDORF, A.T.S.H. SETYAAMADJA,
R.A. BARRETT, G.T. SIBLEY, R.W. REID,
Environmental Factors in Blood Glucose Regulation.
Journal of American Geriatric Society, Vol. 16,
No. 7, pp. 823 - 825, 1968.

CERASI, E., R. LUFT,
Die Ätiologie und Pathogenese der Diabetes.
In: Handbuch der Inneren Medizin, Bd. VII., Teil 2 A,
Seite 694 - 711, 1977.

CERNELČ, D., G. HAFNER, S. KOS, P. CERNELČ,
Comparative study of social and psychological analyses
in asthmatic, rheumatic and diabetic children.
Allergologie und Immunologie, Nr. 23, Seite 214 -
220, 1977, Leipzig.

COHEN, A.M.,
Environmental Aspects of Diabetes.
Israel Journal of Medical Sciences,Vol. 8, No. 3,
pp. 358 - 363, 1972.

COLLIER, B.N., D.D. ETZWILER,
Comparative Study of Diabetes Knowledge among Diabetics
and Their Parents.
Diabetes, Vol. 20 (1), pp. 51 - 71, 1971.

COMPTY Ch.M., A. LEONHARDT, F.L. SHAPIRO,
Psychosocial Problems in Dialyzed Diabetic Patients.
Kidney International (Suppl.), pp. 144 - 151, 1974.

CONRAD, K.,
Über Diabetespsychosen.
Wiener Klinische Wochenschrift, Nr. 69, Seite 687 - 691, 1957.

CONSTAM, G.R.,
Ist die "freie" oder "normale" Diät in der Diabetesbehandlung harmlos ?
Schweizer Medizinische Wochenschrift, Nr. 1, Seite 14 - 17, 1960.

COPPERSMITH, St.M.,
A Method for determining Types of Self-Esteem.
Journal of Abnormal and Social Psychology, Vol. 49, pp. 87 - 94, 1959.

CRAIN, A. J., M.B. SUSSMAN, W.R. WEIL,
Family Interaction, Diabetes, and Sibling Relationships.
Journal of Social Psychiatry, Vol. 12, No. 1, pp. 35 - 43, Winter, 1966 a.

CRAIN, A.J., M.B. SUSSMAN, W.R. WEIL,
Effects of a Diabetic Child on Marital Integration and Related Measures of Family Functioning.
Journal of Health and Human Behavior, Vol. 7, pp. 122 - 127, 1966 b.

CREMERIUS, J.,
Psychosomatische Untersuchungen über die Ätiologie des Altersdiabetes.
Die Medizinische, Nr. 35, Seite 1199 - 1204, 1956 a.

CREMERIUS, J.,
Können die ätiologischen Theorien über den Diabetes mellitus für alle Diabetesformen verbindliche Gültigkeit beanspruchen?
Medizinische Monatsschrift, 10.Jahrgang, Heft Nr. 8, Seite 497 - 502, 1956 b.

CREMERIUS, J., S. ELHARDT, W. HOSE,
Psychosomatische Konzepte des Diabetes mellitus.
Psyche Nr. 4, Seite 785 - 794, 1956/1957.

CREMERIUS, J.,
Die Bedeutung der Oralität für den Altersdiabetes und die mit ihm verbundenen depressiven Phasen.
Psyche Nr. 5, Seite 256 - 269, 1957.

CROWCROFT, A.,
Der Psychotiker. Zum Verständnis des Wahnsinns.
Fischer Taschenbuch Verlag, Juli 1978.

CROWELL, D.H.,
Personality and Physical Disease: A Test of the Dunbar Hypothesis applied to Diabetes mellitus and Rheumatic Fever.
Genetic Psychology Monographs, No. 48, pp. 117 - 153, 1953.

DANIELS, R.S.,
Late Adolescence in a Juvenile Diabetic. A Case Report.
Journal of Clinical and Experimental Psychopathology, Vol. 20, No. 3, pp. 231 - 237, 1959.

DANIELS, W.A., Jr.,
Impact of Diabetes on Adolescents.
Texas Medicine, Vol. 71, pp. 51 - 60, 1975.

DANOWSKI, T.S.,
Emotional Stress as a cause of Diabetes mellitus.
Diabetes, Vol. 12, No. 2, pp. 183 - 184, 1963.

DAVIS, D.M., J.C. SHIPP, E.C. PATTISHALL,
Attitudes of Diabetic Boys and Girls toward Diabetes.
Diabetes, Vol. 14, No. 2, pp. 106 - 109, 1965.

DELBRIDGE, L.,
Educational and Psychological Factors in the Management of Diabetes in Childhood.
The Medical Journal of Australia, Vol. 62, No. 2, pp. 737 - 739, 1975.

Deutsches ÄRZTEBLATT: Diabetes-Serie,
Hefte 15 - 19, 24, 33, 38, 43; 79. Jahrgang, 1982.

DIEBOLD, K.,
Untersuchungen zum Nüchternblutzucker von endogen Depressiven, Schizophrenen und Neurotikern.
Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Nr. 221, Seite 313 - 320, 1976.

DÖRING, A.,
Untersuchungen über die Häufigkeit bestimmter Erkrankungen in der Vorgeschichte von Jugend- und Altersdiabetikern.
Inauguraldissertation, München, 1959.

DOLE, V.P.,
A Relation between Non-esterified Fatty-Acids in Plasma and the Metabolism of Glucose.
Journal of Clinical Investigation, Vol. 35, pp. 150 - 154, 1956.

DOHRSSEN, A., A. JORES, W. SCHWIDDER,
Zum Stressbegriff in der psychosomatischen Medizin.
Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, Nr. 11, Seite 234 - 264, 1965.

DURFEE, K.E.,
The Use of Unrestricted Diet in the Treatment of two Emotionally-Disturbed Diabetic Patients.
Bulletin of The Menninger Clinic, Vol. 29, pp. 20 - 26, 1965.

DYNES, J.B.,
Diabetes in Schizophrenia and Diabetes in non-psychotic Patients.
Diseases of Nervous System, Vol. 30, pp. 341 - 344, 1969.

EDER, M., P. GEDIGK, Hrsg.,
Lehrbuch der Allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie.
30. Aufl., 1977.

EDWARDS, J.H.,
Should Diabetics marry? Dogma disputed.
The Lancet, pp. 1045 - 1047, May 24., 1969.

EHRENTHEIL, O.,
Diabetes in a Neuropsychiatric Hospital.
Diabetes, Vol. 4, No. 1, pp. 44 - 48, 1955.

ELHARDT, S., J. CREMERIUS, W. HOSE,
Beitrag der psychosomatischen Medizin zur Therapie des Diabetes.
Psyche 9 (12), Seite 881 - 894, 1956.

ELHARDT, S.,
Zur Psychosomatik des Diabetes mellitus.
Fortschritte der Psychoanalyse, Nr. 1, Seite 215 - 227, 1964.

ELHARDT, S.,
Tiefenpsychologie, eine Einführung.
Urban Taschenbücher, Bd. 136, 5. Aufl., 1976.

ELHARDT, S.,
Diabetes mellitus und Sexualstörungen.
Sexualmedizin, Bd. 2, Seite 142 - 151, 1977.

ENKE, H. und Mitarbeiter,
Lehrbuch der Medizinischen Psychologie.
Verlag Urban und Schwarzenberg, München - Berlin - Wien, 1. Aufl., 1973.

ETZWILER, D.,
What the Juvenile Diabetic knows about his disease.
Pediatrics, Vol. 29, pp. 135 - 141, 1962.

ETZWILER, D., L.K. SINES,
Juvenile Diabetes and its Mangement: Family, Social and Academic Implications.
Journal of American Medical Association, Vol. 181, No. 4, pp. 304 - 308, July 28, 1962.

EYSENCK, H.J.,
Fragebogen als Meßmittel der Persönlichkeit.
Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie, Bd. 1, Seite 291 - 336, 1953.

EYSENCK, H.J.,
Das "Maudsley Personality Inventory" als Bestimmer der neurotischen Tendenz und Extraversion.
Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie, Bd.6, Seite 167 - 190, 1959.

FÄLLSTRÖM, k.,
On the Personality Structure in Diabetic School-Children aged from 7 to 15.
Acta Paediatrica Scandinavica (Supplement), Vol. 251, pp. 1 - 71, 1974.

FAHRENBERG, J.H., R. SELG,
Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI.
Verlag Hogrefe, Göttingen, 2. Aufl., 1973.

FAHRENBERG, J.H.,
Die Freiburger Beschwerdeliste.
Zeitschrift für Klinische Psychologie, Forschung und Praxis, IV., Seite 79 - 101, 1975.

FALSTEIN, E.J., I. JUDAS,
Juvenile Diabetes and its Psychiatric Implications.
American Journal of Orthopsychiatry, Vol. 25, pp. 330 - 342, 1955.

FARBER, B.,
An Index of Marital Integration.
Sociometry, Vol. 20, pp. 117 - 134, 1957.

FARBER, B., J.L. McHALE,
Marital Integration and Parents' Agreement on Satisfaction with their Child's Behavior.
Marriage and Family Living, Vol. 21, pp. 65 - 69, 1959.

FISCHER, A., H. DOLGER,
Behavior and Psychologic Problems of Young Diabetic Patients.
Archives of Internal Medicine, Vo. 78, pp. 711 - 732, 1946.

FOÀ, P.P.,
Physiologic Mediation of Psychic Stimuli in Diabetes mellitus.
International Record of Medicine, Vol. 170, (10), pp. 576 - 581, 1957.

FORSYTH, C.L., T.W.G. KINNEAR, D.M. DUNLOP,
Diet in Diabetes.
British Medical Journal, London, pp. 1095 - 1101, 29.05.1951.

FOWLER, J.E., Th.H. BUDZYNSKI, R.L. VandenBERGH,
Effects of an EMG-Biofeedback Relaxation Program on the Control of Diabetes.
Biofeedback and Self-Regulation, Vol.1, No. 1, pp. 105 - 112, 1976.

FRANK, E.,
Über die Anwendung der psychosomatischen Betrachtungs- und Forschungsweisen auf Diabetesprobleme.
Acta Neurovegetativa, Nr. 9, Seite 286 - 297, 1954.

FRANKEL, J.J.,
Academic Performance of Juvenile Diabetics and Teacher's Attitudes.
In: Laron Zvi: "Habilitation and Rehabilitation of Juvenile Diabetics".
Leiden, 1970, pp. 93 - 107.

FRANKEL, J.J.,
Juvenile Diabetes - The Look from Within.
International Beilinson Symposium on the Various Faces of Diabetes in Juveniles, Jerusalem, Israel, 1972.
In: Modern Problems in Pediatrics, Vol. 12, pp. 358 - 360, Karger, Basel, 1975.

FREEMAN, H., F. ELMADJIAN,
Carbohydrate and Lymphoid Studies in Schizophrenia.
American Journal of Psychiatry, Vol. 106, pp. 660 - 667, 1950.

FREEMAN, H., R. ZHABORENKO,
Relation of changes in Carbohydrate Metabolism to Psychotic States.
American Journal of Psychiatry, Vol. 106, pp. 569 - 576, 1950.

FREEMAN, H.,
Diabetes mellitus.
British Medical Journal, No. 1, pp. 1149 - 1153, 17.05.1958.

FREEDMAN, D.A., M. SABSHIN, H.E. KING , B. O'BEARDON,
On the Glucose Tolerance Test and the Effect on the formed Elements of the Blood.
Journal of Nervous and Mental Diseases, Vol. 119, pp. 31 - 42, 1954.

FRERICHS, H.,
Sekretion des Insulins. Stimulierung und Hemmung.
In: Handbuch der Inneren Medizin, Bd. VII, Teil 2A,
Seite 129 - 216, 1977 (2. Aufl.).

FREYBERGER, M.,
"Symptom", "Konflikt" und "Persönlichkeit" in der
Behandlung psychosomatischer Patienten.
25. Lindauer Psychotherapiewochen, 1975.

FRISH, M., A. GALATZER, Z. LARON,
Child-Parent-Attitude toward Diabetes.
In: Psychological Aspects of Balance of Diabetes
in Juveniles. Pediatric and Adolescent Endocrinology,
Vol. III, pp. 55 - 58, 1977.

FRIZZEL, M.K.,
Group Therapy for Diabetic Mental Patients.
Hospital and Community Psychiatry, Vol. 19, pp. 297 -
298, 1968.

GALATZER, A., M. FRISH, Z. LARON,
Changes in Self-Concept and Feelings towards Diabetes
in a Group of Juvenile Diabetic Adolescents.
In: Psychological Aspects of Balance of Diabetes in
Juveniles. Pediatric and Adolescent Endocrinology,
Vol. III, pp. 17 - 21, 1977.

GANONG, W.,
Medizinische Physiologie.
Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 1971,
1.Aufl.

GAYRAL, L., H. STERN,
Der Test von Karen Machover.
In: E. Stern, Die Tests in der Klinischen Psychologie, Bd. II, Zürich, 1954, Seite 512 - 520.

GENDEL, B.R., J.E. BENJAMIN,
Psychogenic Factors in the Etiology of Diabetes.
The New England Journal of Medicine, Vol. 234, No. 17, pp. 556 - 560, 1946.

GIEL, R.,
Die Bedeutung der Körperbewegung für den Kohlehydratstoffwechsel des Diabetikers und des gesunden Menschen und die therapeutischen Möglichkeiten beim Diabetes mellitus.
Eine Übersicht über die internationale Literatur von 1856 bis jetzt.
Dissertation, München, 1958.

GIL, R., M. FRISH, S. AMIR, A. GALATZER,
Awareness of Complications among Juvenile Diabetics and Their Parents.
In: Psychological Aspects of Balance of Diabetic in Juveniles. Pediatric and Adolescent Endocronology, Vol. III, pp. 59 - 63, 1977.

GILL, R.,
Lack of Patient Motivation in the Treatment of the Juvenile Diabetic.
International Beilinson Symposium on the Various Faces of Diabetes in Juveniles, Jerusalem, Israel, 1972.
In: Modern Problems in Pediatrics, Vol. 12, pp. 354 - 357, Karger, Basel, 1975.

GOLDNER, M.G.,
Stress, Corticoids and Diabetes.
Diabetes, Vol. 7, No. 5, pp. 411 - 413, 1958.

GOODMAN, J.J., E.D. SCHWARTZ, L. FRANKEL,
Group Therapy of Obese Diabetic Patients.
Diabetes, Vol. 2, No. 4, pp. 280 - 284, 1953.

GOTTSHALK, L.A., J.M. CLEGHORN, G.L. GLESER, J.M. JACANO,
Studies on Relationship of Emotions to Plasma Lipids.
Psychosomatic Medicine, Vol. 27, No. 2, pp. 102 -
111, 1965.

GROEN, J.J.,
Die Psychosomatik der Diabetiker.
In: Jores, A., Hrsg., "Praktische Psychosomatik",
Verlag Huber, Bern, 1976, Seite 286 - 301.

GÜNTHER, O.,
Die Probleme der Genetik des Diabetes mellitus.
Der Internist, Nr. 4, Seite 374 - 384, 1963.

GUEST, G.M.,
"Unrestricted" Diet in the Treatment of Juvenile
Diabetes.
Journal of the American Dietetic Association, Vol.
23, pp. 299 - 303, 1947.

GUTEZEIT; G.,
Psychodiagnostic Results in Diabetic and Obese Children
and Adolescents.
Clinical Pediatrics, Vol. 188 (1), pp. 35 - 41, 1976.

HÄCKER, H., P. SCHWENKMEZGER,
Persönlichkeitsfragebogen.
In: Schmidt, R., Lehrbuch der Klinischen Psychologie, Enke Verlag, 1978, Seite 220 - 246.

HASSELBLATT, A.,
Stoffwechselwirkung der Katecholamine.
In: Handbuch der Inneren Medizin, Bd. VII, Teil 2 A, Seite 503 - 516, 1977, 2. Aufl..

HILTMANN, H.,
Kompendium der psychodiagnostischen Tests.
Bern, 2. Aufl., 1966.

HILTMANN, H., J. LÖKING,
Die Intelligenz bei diabetischen Kindern im Schulalter.
Acta paedopsychiatrica, Nr. 33, Seite 11 - 25, Basel/Stuttgart, 1966.

HILTMANN, H.,
Wortassoziation und verbale Ergänzungsverfahren.
In: Heiß, R., Hrsg., Handbuch der Psychologie, 3. Aufl., 1971, Seite 533 - 547.

HINKLE, L.E., Jr., St. WOLF,
A Summary of Experimental Evidence relating Life Stress to Diabetes mellitus.
Journal of Mount Sinai Hospital, Vol. 19, pp. 537 - 570, 1952/1953.

HINKLE, L.E., Jr.,
The Doctor-Patient-Relationship in the Management of Diabetic Patients and Their Emotional Problems.
New York State Journal of Medicine, Vol. 53, pp. 1943 - 1945, 1.09.1953.

HINKLE, L.E., Jr.,
The Influence of the Patients' Behavior and his Reaction to his Life Situation upon the Course of Diabetes.
Diabetes, Vol. 5, No. 5, pp. 406 - 407, 1956.

HINKLE, L.E., Jr.,
Customs, Emotions and Behavior in the Dietary Treatment of Diabetes.
Journal of the American Dietetic Association, Vol. 41, pp. 341 - 343, 1962.

HŐDOSI, R.,
Persönlichkeitsstörungen bei diabetischen Kindern und psychologische Erfahrungen bei ihrer Unterbringung in Ferienlagern.
Concilium paedopsychiatricum; Verhandlungen auf dem 3. Europäischen Kongreß für Pädopsychiatrie, Wiesbaden, 1967, Seite 516 - 520.

HOLMES, Th.H., R.H. RAHE,
The Social Readjustment Rating Scale.
The Journal of Psychosomatic Research. Vol. 11, pp. 213 - 218, 1967.

HONG, K.E.M., Th.H. HOLMES,
Transient Diabetes mellitus associated with Cultural Change.
Archives of General psychiatry, Vol. 29, pp. 683 - 687, 1973.

HOSE, W., CREMERIUS, J., S. ELHARDT, H. KILIAN,
Ergebnisse der psychosomatischen Diabetesforschung.
Psyche, Nr. 8, Seite 815 - 840, 1955.

HULKA, B.,
Doctor-Patient-Communication and Outcomes among Diabetic Patients.
Journal of Community Health, No. 1, pp. 15 - 27, 1975.

Hypoglycemia and the Mind.
British Medical Journal, No. 105/1, p. 150, 18.01.1958.

IMMICH, H.,
Medizinische Statistik, eine Einführungsvorlesung.
1974, Stuttgart, New York, 1. Aufl..

ISENBERG, P.L., D.M. BARNETT,
Psychological Problems in Diabetes mellitus.
Medical Clinics of Northern America, Vol. 49, pp. 1125 - 1136, 1965.

JÄGER, R.E.,
Das Mannheimer Biographische Inventar. Handanweisung.
Verlag Hogrefe, Göttingen, 1973, 1.Aufl..

JAHNKE, K., K. OBERDISSE,
Die Begutachtung des Zusammenhanges zwischen Trauma und Diabetes mellitus.
Deutsche Medizinische Wochenschrift, 86. Jahrgang, Nr. 49, Seite 2358 - 2366, 1961.

JOCHMUS, I.,
Erzieherische Probleme bei der Betreuung diabetischer Kinder und Jugendlicher.
Der Diabetiker, Nr. 18, Seite 37 - 42, 1968.

JOCHMUS, I.,
Die psychische Entwicklung diabetischer Kinder und Jugendlicher.
Archiv für Kinderheilkunde, Beiheft 66, 1971.

JOCHMUS, I.,
Diabetes mellitus im Kindesalter aus psychosomatischer Sicht.
Tägliche Praxis, Nr. 15, Seite 419 - 424, 1974.

JOCHMUS, I.,
Psychologisch-pädagogische Probleme bei der Behandlung von Kindern mit Diabetes mellitus.
Deutsches Ärzteblatt, Heft 7, Seite 437 - 440, 15.02.1979.

JÖRGENSEN, G.,
Die Genetik des idiopathischen Diabetes.
In: Handbuch der Inneren Medizin, Bd. VII, Teil 2 A, 2. Aufl., Seite 637 - 670, 1977.

JOHANNSEN, D.E., E.M. BENNET,
The Personality of Diabetic Children.
Journal of Genetic Psychiatry, Vol. 87, pp. 175 - 185, 1955.

JOLLIFF, J.W., J.W. CRAIG,
Lipoatrophic Diabetes and Mental Illness in three Siblings.
Diabetes, Vol. 16, pp. 708 - 714, 1967.

KÄCHELE, H.,
Der Begriff "psychogener Tod" in der medizinischen Literatur.
Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, Nr. 16, Seite 105 - 129, 1970.

KÄMMERER, W., A. REINDELL,
Psychosomatische Aspekte des Diabetes mellitus.
Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, Nr. 23 (4), Seite 351 - 362, 1977.

KANNER, L.,
Child Psychiatry.
2.nd Edition, Springfield, 1948, pp. 52 - 55.

KAPLAN, H.J., H.S. KAPLAN,
Current Theoretical Concept in Psychosomatic Medicine.
American Journal of Psychiatry, Vo. 115, pp. 1091 - 1110, 1959.

KAPLAN, St.M., J.W. MARS, J.M. PIXLEY, W.D. ROSS,
Use of Imipramine in Diabetics.
Journal of American Medical Association, Vol. 174, No. 5, pp. 511 - 517, 1960.

KARP, St.A., St. WINTERS, J.W. POLLACK,
Field Dependence among Diabetics.
Archives of General Psychiatry, Vol. 21, pp. 72 - 76, 1969.

KATZ, A.,
Wives of Diabetic Men.
Bulletin of the Menninger Clinic, Vol. 33, pp. 279 - 294, 1969.

KAUFMAN, R.V., B. HERSHER,
Body Image Changes in teen-age Diabetics.
Pediatrics, Vol. 48, No. 1, pp. 123 - 128, 1971.

KEEN, H.,
Diabetes and nervous Activity.
Journal of Psychosomatic Research, Vol. 9, pp. 87 - 92, 1965.

KELLNER, M.,
Psychische Faktoren bei Diabetes mellitus im Lichte des Szondi-Tests.
Dissertation, München, 1957.

KEMPER, W.W.,
Organwahl und psychosomatische Medizin.
Zeitschrift für Psychotherapie und Med. Psychologie, Jg. 4, Heft 3, 1954, Seite 101 - 114.

KEMPER, W.W.,
Persönlichkeitsstruktur, Konfliktart, Organwahl und psychosomatische Medizin.
Zeitschrift für psychosomatische Medizin, Jg. 4, 1957/1958, Seite 186 - 192.

KENNEDY, W.B.,
Psychologic Problems of the Young Diabetic.
Diabetes, Vol. 4, No. 3, pp. 207 - 209, 1955.

KESSLER, B.H., L.R. SCHMIDT,
Anamnese und Ratingverfahren.
In: Schmidt, L.R., Hrsg., Lehrbuch der Klinischen Psychologie, 1978, Seite 206 - 218.

KIMBALL, R.P.,
Emotional and Psychosocial Aspects of Diabetes mellitus.
Medical Clinics of North America, Vol. 55, No. 4, pp. 1007 - 1018, 1971.

KLINE, M.V., M. LINDER,
Psychodynamic Factors in the Experimental Investigation of Hypnotically induced Emotions with particular Reference to Blood Glucose Measurements.
The Journal of Psychology, Vol. 71, pp. 21 - 25, 1969.

KNOWLES, H.C., Jr., T.S. DANOWSKI, A. KROSNICK,
A Konference in Adjustment Problems in Juvenile Diabetes.
Diabetes, Vol. 13, No. 6, pp. 649 - 650, 1964.

KNOWLES, H.C., Jr., G.M. GUEST, J. LAMPE, M. KESSLER, T.G. SHILLMAN,
The Course of Juvenile Diabetes treated with Unmeasured Diet.
Diabetes, Vol. 14, No. 5, pp. 240 - 273, 1965.

KOCH, M.F., G.D. MOLNAR,
Psychiatric Aspects of Patients with Unstable Diabetes mellitus.
Psychosomatic Medicine, Vol. 36, No. 1, pp. 57 - 68, 1974.

KÖNIGS, C.,
Psychische Faktoren bei Endokrinopathien.
Sammelreferat.
In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin, 3. Jg., Heft 3, Seite 157 - 172, 1957.

KOLODNY, R.C.,
Sexual Dysfunction in Diabetic Females.
Diabetes, Vol. 20, No. 8, pp. 557 - 559, 1971.

KOLODNY, R.C.,
Sexual Dysfunction in Diabetic Man.
Diabetes, Vol. 23, No. 4, pp. 306 - 309, 1974.

KONDO, F.,
Pathophysiological and Clinico-psychological Studies of Diabetics.
Sapporo Medical Journal, Vol.36, pp. 23 - 40, 1969.

KORP, W., E. WEIKMANN,
Sozialmedizinische Probleme des jugendlichen Diabetikers im Erwachsenenalter.
Sonderdruck aus: "Die Betreuung des diabetischen Kindes", Seite 53 - 58,
Beihefte zum Archiv für Kinderheilkunde, Heft 58,
Stuttgart, 1968.

KOSKI, M.L.,
The Coping Processes in Childhood-Diabetes.
Acta Paediatrica Scandinavica, Supplement 198, 1969.

KOSKI, M.L.,
A psychosomatic Follow-Up Study of Childhood Diabetics.
Acta Paedopsychiatrica, Nr. 42, Seite 12 - 26,
1976, Basel.

KUBANY, A.J., T.S. DANOWSKI, C. MOSES,
The Personality and Intelligence of Diabetics.
Diabetes, Vol. 5, No. 6, pp. 462 - 467, 1956.

KUIPER, P.C.,
Die Krankheitslehre der Psychoanalyse.
Psychoanalytische Neurosenlehre.
Huber/Klett, Stuttgart, 1968.

LaHOOD, B.J.,
Parental Attitudes and Their Influences on the Medical Management of Diabetic Adolescents.
Clinical Pediatrics, Vol. 9, No. 8, pp. 468 - 471, 1970.

LANGEN, D.,
Die Psychosomatik der subkomatösen Insulinbehandlung.
Acta psychotherapeutica, Nr. 12, Seite 81 - 90, 1964.

LARON, Z.,
More on "Diabetic Control".
Journal of Pediatrics, Vol. 92 (2), pp. 340 - 341, 1978.

LARON, Z.,
Diabetes mellitus.
Clinical Pediatrics, Vol. 17 (9), p. 727, 1978.

LEEMAN, C.P.,
Dependency, Anger and Denial in Pregnant Diabetic Women: A Group Approach.
Psychiatric Quarterly, Vol. 44, pp. 1 - 12, 1969.

LEONHARDT, J.,
Das diabetische Kind in der elterlichen Konfliktsituation.
Psychotherapie, Vol. II, Heft 4, Seite 206 - 218, 1957.

LEONHARDT, J.,
Das diabetische Kind, psychologische Probleme.
In: Diabetes mellitus, III: Kongreß der Internationalen Diabetes Foederation, Düsseldorf, 1958. Thieme-Verlag, Stuttgart, 1959, Hrsg. K. Jahnke, K. Oberdisse, Seite 483 - 487.

LEVINE, R.L.,
A Phase in the Psychotherapy of a Juvenile Onset Diabetic Patient.
International Journal of Psychiatry in Medicine, Vol. 7 (3), pp. 269 - 275, 1976/1977.

LEVY, N.B., J.J. CLARK,
Headaches in an Angry Diabetic Patient.
Psychiatry in Medicine, Vol. 4 (3), pp. 323 - 331, 1973.

LEWIS, M., H. LEWIS,
Heilerfolge der Psychosomatischen Medizin.
München, 1975, 1. Aufl..

LOHMANN, R.,
Indikation und Methodik der psychotherapeutischen Rehabilitation chronisch körperlich Kranker.
Verhandlungen auf dem 7. Kongreß für Psychotherapie, Wiesbaden, 1967.
Zeitschrift für Psychotherapie und Psychosomatik, Nr. 16, Seite 271 - 285, 1968.

LOHMANN, R., F. MEUTER, P. PETRIDES, D. GRÖNEKLEE,
Persönlichkeitsbild und soziales Verhalten des erwachsenen Diabetikers.
Medizinische Welt, Bd. 27, Heft 42, Seite 1997 - 2002, 1976.

LORENZEN, J., A. REMUIG,
Diabetes mellitus in a Psychotic Patient with Recovery during Chlorpromazine Therapy.
Danish Medical Bulletin, Vol. 4, No. 4, pp. 134 - 136, 1957.

LUBORSKY, L., J. DOHERTY, S. PENICK,
Onset Conditions for Psychosomatic Symptoms; a Comparative Review of Immediate Observation with Retrospective Research.
Psychsomatic Medicine, Vol. 35, No. 3, pp. 187 - 204, 1973.

LUDVIGSSON, J.,
Socio-psychological Factors and metabolic Control in Juvenile Diabetes.
Acta Peadiatrica Scandinavica, Vol. 66, pp. 431 - 437, 1977.

LUM, B.O.,
Preventing Ketoacidosis in the Child with Juvenile-onset Diabetes mellitus.
I. Identifiying the Problem Patient. (a)
II. The Learning Environment. (b)
Journal of American Dietetic Association, Vol. 69, pp. 157 - 161, 161 - 164, 1976.

MADDISON, D., B. RAPHAEL,
Social and Psychological Consequences of Chronic Disease in Childhood.
Medical Journal of Australia, Vol. 2, pp. 1265 - 1270, 1971.

MÄENPÄÄ, J.,
Emotional Problems and Development of Adolescent Diabetics.
In: Psychological Aspects of Balance of Diabetes in Juveniles.
In: Pediatric and Adolescent Endocrinology, Series No. 3, 1977, pp. 22 - 28.

MARBLE, A.,
Summer Camps for Diabetic Children.
Diabetes, Vol. 1, pp. 245 - 250, 1952.

MARBLE, A.,
Unstable Diabetes, Panel Discussion.
Diabetes, Vol. 5, No. 6, pp. 475 - 482, 1956.

MARTIN, F.J.R., N. HANSEN,G.L. WARNE,
Attempted Suicide by Insulin Overdose in Insulin-Requiring Diabetics.
The Medical Journal of Australia, 15.01.1977, pp. 58 - 60.

MASON, P.,
Suicide in Adolescents.
Psychoanalytic Review, Vol. 41, pp. 48 - 54, 1954.

McCOLLOUGH, C., L.ATTA,
Statistik programmiert. Ein Grundkurs zum Selbstunterricht.
Weinheim, Basel, 1970.

McCraw, R.K., J.M. TUMA,
Rorschach Content Categories of Juvenile Diabetics.
Psychological Reports, Vol. 40, pp. 818 - 824, 1977.

MEHNERT, H.,
Die diätische Behandlung des Diabetes mellitus.
In: Schöffling, K., H. Mehnert, Diabetologie in Klinik und Praxis, Seite 239 - 277, 1974.

MENDELS, J., N. WEINSTEIN,
The Schedule of Recent Experiences.
Psychosomatic Medicine, Vol. 43, pp. 527 - 531, 1972.

MERTENS, W.,
Psychoanalyse.
München, 1981, Urban Taschenbücher, Kohlhammer, Bd. 337.

MEYER, M.M.,
Family Relation Test.
Journal of Projektive Techniques, pp. 309 - 314, 1963.

MINUCHIN, S., A. BARCAI,
Therapeutically Induced Family Crisis.
In: Progress in Group and Family Therapy, pp. 322 - 328, 1972, Sager, C.J., H.S. Kaplan, Ed..

MINUCHIN, S., L. BAKER, B.L. ROSMAN, R. LIEBMAN, L. MONNAN, Th.C. TODD,
A Con eptual Model for Psychosomatic Illness in Children.
Archives of General Psychiatry, Vol. 32, pp. 1031 - 1038, 1975.

MITSCHERLICH, A.,
Die Chronifizierung psychosomatischen Geschehens.
Psyche, XV. Jahrgang, Nr. 1, Seite 1 - 25, 1961.

MITSCHERLICH, A.,
Krankheit als Konflikt, Studien zur psychosomatischen Medizin;
Bd. I/II.
Edition Suhrkamp, Nr. 237, 3. Aufl., 1969.

MODI, C.J.,
Environmental Factors precipitating the Onset of Diabetes mellitus.
Journal of the Indian Medical Association, Vol. 32, pp. 437 - 440, 1959.

Monatskurse für die ärztliche Fortbildung, 30 (1980) Nr. 1:
Rapp, Th., Modell der Insulinrezeptoren, Rückenwind für die Diättherapie des Diabetes. Seite 1 -5.

MOSER, U.,
Die experimentelle Triebdiagnostik (Szondi-Test).
In: Stern, E., Die Tests in der klinischen Psychologie, Bd. 1, Seite 350 - 382, 1954, Zürich.

MURAWSKI, B.J., B.I. CHAZAN, M.C. BALODINOS, J.R. RYAN,
Personality Patterns in Patients with Diabetes mellitus of Long Duration.
Diabetes, Vol. 19, No. 4, pp. 259 - 263, 1970.

OLATAWURA, M.O.,
The Psychiatric Complications of Diabetes mellitus in Children.
African Journal of Medical Sciences, Vol. 3, pp. 231 - 240, 1972.

OVERBECK, G. und A.,
Seelischer Konflikt - körperliches Leiden.
Reader zur psychoanalytischen Psychosomatik, 1. Aufl., 1978.

PARTRIDGE, J.W., A.M. GARNER, C.W. THOMPSON, Th. CHERRY,
Attitudes of Adolescents toward their Diabetes.
American Journal of Diseases of the child, Vol. 124, pp. 226 - 229, 1972.

PASAMANIACK, B.,
Prevalence and Distribution of Psychosomatic Conditions in an Urban Population according to Social Class.
Psychosomatic Medicine, Vol. 24, No. 4, pp. 352 - 356, 1962.

PAUL, J., E. SCHNITZER,
Soziale Anpassungsschwierigkeiten bei diabetischen Kindern und Jugendlichen.
Medizinische Klinik 61, Nr. 20, Seite 789 - 794, 1960.

PECK, B.F., Jr., B.F. PECK, Sr.,
Tautologous Diabetic Coma - A Behaviour Syndrome.
Diabetes, Vol. 5, No. 1, pp. 44 - 47, 1956.

PETRIDES, P.,
Stress und Trauma als Ursache eines Diabetes.
Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 101 (25),
Seite 977, 1976.

PETRITZER, B.K., J. FOSTER,
A Case Study of a Male Transvestite with Epilepsy
and Diabetes mellitus.
Journal of Nervous Disease, Vol. 121, pp. 557 - 563,
1955.

PHAEHLER, G.T., R. ROESSLER,
Ego Strength and Intravenous Glucose Tolerance.
Journal of Psychosomatic Research, Vol. 8, pp. 411 -
439, 1965.

PINTER, E.J., G. PETERFY, J.M. CLEGHORN, C.J. PATTEE,
The Influence of Emotional Stress on Fat Mobilisation:
The Role of Endogenous Catecholamines and the Beta-
Adrenergic Receptors.
The American Journal of the Medical Sciences, Vol. 254,
pp. 634 - 651, 1967.

POND, H.,
Special Problems of the Diabetic Child.
Practitioner, Vol. 200, pp. 527 - 532, 1968.

PRYCE, J.G.,
Melancholia, Glucose Tolerance and Body Weight.
Journal of Mental Sciences, Vol. 104, pp. 421 - 427,
1958 (a).

PRYCE, J.G.,
The Relationship between Glucose Tolerance, Body Weight and Clinical State of Melancholia.
Journal of Mental Sciences, Vol. 104, pp. 1079 - 1092, 1958 (b).

RAHE, R.H., M. MEYER, M. SMITH, G. KJAER, Th.H. HOLMES,
Social Stress and Illness Onset.
Journal of Psychosomatic Research, Vol. 8, pp. 35 - 44, 1964.

RAYCHAUDHURY, A.K.,
A Case of Diabetes mellitus - A Study in Psychosomatic Medicine.
Psychosomatic Medicine, Vol. 20, pp. 33 - 41, 1958.

REINDELL, A., E. PETZOLD, W. KÄMMERER, C. DETER,
Psychotherapie bei Diabetes mellitus?
Praxis der Psychotherapie, Nr. 21, Seite 139 - 143, 1976.

RENNIE, Th.A.C., L. SROLE,
Social Class Prevalence and Distribution of Psychosomatic Conditions in an Urban Population.
Psychosomatic Medicine, Vo. 18, pp. 449 - 456, 1956.

RENSHAW, D.C.,
Sexual Function and Diabetes.
Psychosomatics, Vol. 20, No. 1, pp. 54 - 60, 1979.

REY, E.-R.,
Die "objektive" Messung von Persönlichkeitszügen.
In: Binet und die Folgen. Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. 5, Seite 348 - 383, Zürich, 1977.

RIEMANN, F.,
Grundformen der Angst. Eine tiefenpsychologische Studie.
Unterföhring, 9. Aufl., 1974.

ROESSLER, R., A. ALEXANDER, N.S. GREENFIELD,
Ego Strength and Physiology Responsivity.
Archives of Psychiatry, Vol. 8, pp. 142 - 154, 1963.

ROFF, M.,
A Factorial Study of the Fels Parent Behavior Rating Scale.
Child Development, Vol 20, pp. 29 - 45, 1949.

ROSENZWEIG, S.,
Levels of Behavior in Psychodiagnosis with special Reference to the Picture Frustration Study.
American Journal of Orthopsychiatry, Vol. 20, pp. 63 - 72, 1950.

ROSS, D.,
The unmasking of Diabetes mellitus by Psychoanalysis.
Comprehensive Psychiatry, Vol. 11, No. 2, pp. 182 - 183, 1970.

RUDOLF, G.,
Psychodynamische und psychopathologische Aspekte des Diabetes mellitus.
Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, Nr. 16, Seite 246 - 263, 1970.

SAINSBURY, P.,
Neuroticism and Hypertension in an Out-Patient Population.
Journal of Psychosomatic Research, Vol. 8, pp. 235-238, 1964.

SANDERS, K., J. MILLS, F.I.R. MARTIN, D.J. DEL HORNE,
Emotional Attitudes in Adult Insulin-Dependent Diabetics.
Journal of Psychosomatic Research, Vol. 19, pp. 241 - 245, 1975.

SAYED, A.J., D.R. LEAVERTON,
Kinetic-Family-Drawings of Children with Diabetes.
Child Psychiatry and Human Development, Vol. 5 (1), pp. 40 - 50, 1974.

SCHACHTER, M.,
Der psychodiagnostische Test von Rorschach.
Im: Stern, E., Die Tests in der Klinischen Psychologie, Bd. II, Zürich, 1954, Seite 585 - 614.

SCHACHTER, M., S. COTTE,
Der diagnostische Wert des Zeichnens in der klinischen Psychologie.
In: Stern, E., Die Tests in der Klinischen Psychologie, Bd. II, Zürich, 1954, Seite 485 - 512.

SCHACHTER, M.,
Etude des enfants de mères diabétique du point de vue Pèdopsychiatrique.
Acta Paedopsychiatrica, Vol. 29,pp. 369 - 374, 1972, Basel.

SCHAEFER, E.S., R.Q. BELL,
Patterns of Attitudes toward Child Rearing and the Family.
Journal of Abnormal Psychology, Vol. 54, pp. 391 - 395, 1957.

SCHAEFER, E.S., R.Q. BELL,
Development of a Parental Attitude Research Instrument.
Child Development, Vol. 29, pp. 339 - 361, 1958.

SCHIFF, L.J.,
Emotional Problems of Diabetic Children and Their Parents.
Psychosomatics, Vol. 5, pp. 362 - 364, 1964.

SCHLESS, G.L., R. van LAVERAN-STIEBAR,
Recurrent Episodes of Diabetic Acidosis precipitated by Emotional Stress.
Diabetes, Vol. 13, No. 4, pp. 419 - 420, 1964.

SCHMITT, B.D.,
An Argument for the Unmeasured Diet in Juvenile Diabetes mellitus.
Clinical Pediatrics, Vol. 14, No. 1, pp. 68 - 73, 1975.

SCHÖFFLING, K., R. PETZOLD,
Führung des Diabetes in besonderen Situationen.
In: Schöffling, K., H. Mehnert, Diabetologie in Klinik und Praxis, 1974.

SCHUBÖ,
Statistik I und II für Psychologen;
Skripten zur Vorlesung, 1973.

SCHULTE, W., R. TÖLLE,
Psychiatrie.
2. Aufl., 1973, Springer Verlag Berlin, Heidelberg, New York.

SCHUMANN, H.J. von,
The Conflict Situation of the Diabetic and its Solution by psychotherapeutic Management.
Topical Problems of Psychotherapy, Vol. 1, pp. 36 - 43, 1960.

SCHWARTZ, E.D., J.I. GOODMAN,
Group-Therapy of Obesity in Elderly Diabetics.
Geriatrics, Vol. 7, pp. 280 - 283, 1952.

SCHWEITZER, Th.,
Die Auswirkung des Diabetes mellitus auf eine Störung der Persönlichkeitsentfaltung - und deren Einfluß auf den Verlauf der Erkrankung.
Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Nr. 1, Seite 68 - 75, 1976.

SCHWIDDER, W.,
Diabetes mellitus.
Kongreßbericht für analytische Psychotherapie und Erziehungshilfe vom 11.-15.06.1951, Berlin,
Elwert und Meurer, Berlin, 1951, Seite 58 - 60.

SCHWIDDER, W.,
Grundsätzliches zur Entstehung psycho - somatischer Krankheitssymptome.
Zeitschrift für Psychosomatische Medizin, Jahrgang 5, Nr. 4, Seite 238 - 245, 1958/1959.

SIEGENTHALER, W.,
Klinische Pathophysiologie. 2. Aufl..
Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1973, Artikel:
Förster, H., H. Mehnert: Kohlehydratstoffwechsel,
Seite 34 - 92.

SIEVERS, E.F.,
Diabetes und Kraftfahrtauglichkeit unter tiefenpsychologischen Gesichtspunkten.
Fortschritte der psychosomatischen Medizin,
Vol. 3, Seite 149 - 154

SIMMONS, R.G., K.J. SCHILLING,
Social and Psychological Rehabilitation of the Diabetic Transplant Patient.
Kidney International (Supplement), Vol. 1,
pp. 152 - 163, 1974

SIMONDS, J.F.,
Psychiatric Status of Diabetic Youth matched with a Control Group.
Diabetes, Vol. 26, No. 10, pp. 921 - 925, 1977(a).

SIMONDS, J.F.,
Psychiatric Status of Diabetic Youth in Good and Poor Control.
International Journal of Psychiatry in Medicine,
Vol. 7 (2), pp. 133 - 151, 1977 (b).

SLAWSON, P.F.,
Emotional Factors in repetitive Diabetic Acidosis.
Psychosomatics, No. 4, pp. 344 - 352, 1963 (a).

SLAWSON, P.F., W.R. FLYNN, E.J. KOLLER,
Psychological Factors associated with the Onset of Diabetes mellitus.
Journal of American Medical Association, Vol. 185,
No. 3, pp. 166 - 170, 1963 (b)

Der Spiegel, Nr. 44, 30. Jahrgang, 25.10.1976,
Seite 74 - 87,
Diabetes: Größte Epidemie der Menschheit.

SPREEN, Q., N.D. SUNDBERG,
MMPI - Saarbrücken.
Verlag Huber, Bern/Stuttgart, 1962

STÄCKER, K.-H.,
Projektive und thematische Verfahren.
In: Schmidt, L.R., Hrsg., Lehrbuch der Klinischen
Psychologie, 1978, (a), Seite 256 - 269

STÄCKER, K.-H.,
Thematischer Apperzeptionstest.
In: Schmidt, L.R., Hrsg., Lehrbuch der Klinischen
Psychologie, 1978 (b), Seite 270 - 274.

STARR, Ph.,
Psychosomatic Considerations of Diabetes in
Childhood.
Jornal of Nervous and Mental Diseases, Vol. 121,
No. 5, pp. 493 - 504, 1955.

STEARNS, S.,
Some Emotional Aspects of the Treatment of
Diabetes mellitus and the Role of the Physician.
The New England Journal of Medicine, Vol. 249,
No. 12, pp. 471 - 476, 1953.

STEARNS, S.,
Selfdestructive Behavior in Young Patients with
Diabetes mellitus.
Diabetes, Vol. 8, No. 5, pp. 379 - 382, 1959.

STEIGERWALDT, F.,
Das diabetische Schulkind.
Medizinische Klinik, Nr. 13, Seite 524 - 525, 1963.

STEIN, St.P., E. CHARLES,
Emotional Factors in Juvenile Diabetes mellitus: A Study of Early Life Experiences of Adolescent Diabetics.
American Journal of Psychiatry, Vol. 128, No. 6, pp. 700 - 704, 1971.

STEIN, St.P., E. CHARLES,
Emotional Factors in Juvenile Diabetes: A Study of Early Life Experiences of Eight Diabetic Children.
Psychosomatic Medicine, Vol. 37, No. 3, pp. 237 - 244, 1975.

STEINHAUSEN, H.-Ch.,
Zum Einfluß sozialer Klassenlage auf Persönlichkeitsstruktur und Erziehungsstil diabetischer Mütter.
Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie, Nr. 27, Seite 28 - 39, 1972.

STEINHAUSEN, H.-Ch.,
Das chronisch kranke und behinderte Kind.
Klinische Pädiatrie, Nr. 187, Auszug: Seite 413 - 414, 1975.

STEINHAUSEN, H.-Ch.,
Psychologie chronischer Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen.
Fortschritte der Medizin, 95. Jahrgang, Nr. 16, Seite 1089 - 1092, 1977.

STEINHAUSEN, H.-Ch., S. BÖRNER,
Kinder und Jugendliche mit Diabetes, Psychologie einer chronischen Krankheit.
Verlag für Medizinische Psychologie, Göttingen, 1978.

STERKY, G.,
Family Background and State of Mental Health of a Group of Diabetic Schoolchildren.
Acta Paediatrica Scandinavica, No. 52, pp. 377 - 390, 1963.

STERN, E.,
Intelligenzprüfungen nach der Methode von Binet - Simon und verwandte Methoden.
In: Stern, E., Die Tests in der Klinischen Psychologie, Bd. I, Seite 69 - 99, Zürich, 1954.

STONE, D.B.,
A Study of the Incidence and Causes of Poor Control in Patients with Diabetes mellitus.
The American Journal of the Medical Sciences, Vol. 67, pp. 436 - 441, 1961.

STRAUSS, M.B.,
Diabetic Regimes - Procrustean Beds?
The New England Journal of Medicine, Vol. 281, No. 26, pp. 84 - 86, 1975.

STUNKARD, A.,
Discussion to: H.G. Wolff, Brain and Diabetes.
Diabetes, Vol. 8, pp. 362 - 363, 1959.

SWIFT, Ch., F. SEIDMAN, H. STEIN,
Adjustment Problems in Juvenile Diabetes.
Psychosomatic Medicine, Vol. 24, No. 6, pp. 555 - 571, 1967.

SZUDRA, E.,
Der Rosenzweig Picture-Frustration-Test und seine Eignung für die klinische Psychodiagnostik des Kindesalters.
Monatszeitschrift für Kinderheilkunde, 114. Bd., Heft 10, Seite 507 - 511, 1966.

TIETZ, W., T.J. VIDMAR,
The Impact of Coping Styles on the Control of Juvenile Diabetes.
Psychiatry in Medicine, Vol. 3, pp. 67 - 74, 1972.

TOMM, K.M., R.G. McARTHUR, M.D. LEAHEY,
Psychologc Management of Children with Diabetes mellitus.
Clinical Pediatrics, Vol. 16, No. 12, pp. 1151 - 1155, 1977.

TREUTING, Th.F.,
The Role of Emotional Factors in the Etiology and Course of Diabetes mellitus: A Review of the Recent Literature.
The American Journal of the Medical Sciences, Vol. 244, pp. 131 - 144, 1962.

TUNBRIDGE, R.E.,
Sociomedical Aspects of Diabetes mellitus.
The Lancet, Vol. 265,pp. 893 - 898, 31.10.1953.

VandenBERGH, R.L., K.E. SUSSMAN, Ch.C. TITUS,
Effects of Hypnotically induced Acute Emotional Stress on Carbohydrate and Lipid Metabolism in Patients with Diabetes mellitus.
Psychosomatic Medicine, Vol. 28, No. 4, pp. 383 - 390, 1966.

VandenBERGH, R.L., K.E. SUSSMAN, G.D. VAUGHAN,
Effects of Combined Physical-Anticipatory Stress on Carbohydrate-Lipid Metabolism in Pateints with Diabetes mellitus.
Psychosomatics, Vol. 8, pp. 16 - 19, 1967.

Van der VELDE, Ch.D., M.W. GORDON,
Manic-Depressive Illness, Diabetes mellitus and Lithium Carbonate.
Archives of General Psychiatry, Vol. 21, pp. 478 - 485, 1969.

VOGEL, H. und J.,
Projektive Verfahren und ihre Anwendung.
In: Die Psychologie des 20.Jahrhunderts, Bd.V.:
Binet und die Folgen. Zürich, 1977, Seite 383 - 466.

WALKER, J.B.,
Stress and Diabetes.
Practitioner, No. 178, pp. 590 - 599, 1957.

WARTEGG, E.,
Der Zeichentest (WZT).
In: Sterm, E., Die Test in der Klinischen Psychologie, Bd.II, Seite 585 - 614, 1954.

WEIL, W.B., Jr., M. ACK,
School Achievement in Juvenile Diabetes mellitus.
Diabetes, Vol. 13, pp. 303 - 306, 1964.

WEIL, W.B., Jr., M.B. SUSSMAN, A.J. CRAIN,
Social Patterns and Diabetic Glycosuria.
American Journal of Diseases of Children, Vol. 113, pp. 454 - 460, 1967.

WEINSIER, R.L., A. SEEMAN, G. HERRERA, J. SIMMONS, M. COLLINS,
Diet Therapy in Diabetes. Description of a Successfull methodologic Approach to Gaining Diet Adherence.
Diabetes, Vol. 23, No. 8, pp. 669 - 673, 1974.

WELBORNE, T.A.,
Diabetes, Emotional Aspects and the Education of the Patient.
Medical Journal of Australia, Vol. 2, pp. 572 - 576, 1976.

WELLER, Ch., M. LINDER, W. NULAND, M.V. KLINE,
The Effects of Hypnotically induced Emotions on continuous, uninterrupted Blood Glucose Neasurements.
Psychosomatics, No. 2, pp. 375 - 378, 1961,

WEWETZER, K.H.,
Intelligenztests für Kinder.
In: Heiß, R., Hrsg., Handbuch der Psychologie, Bd. 6, Psychologische Diagnostik, 3.Aufl., Freiburg, Seite 200 - 221, 1971.

WHITE, P.,
What I Teach my Diabetic Patient.
Diabetes, Vol. 5, No. 1, 1956, Editorial.

WIECK, H.H.,
Lehrbuch der Psychiatrie.
2. Aufl., UTB, Schattauer Verlag, Stuttgart, New York, 1977.

WILLI, J.,
Die Zweierbeziehung.
Rowohlt Verlag, Hamburg, 1975.

WILLIAMS, T.F.,
The Clinical Picture of Diabetic Control, studied in Four Settings.
American Journal of Public Health, Vol. 57, No. 3, pp. 441 - 451, 1967.

WILSON, J.L., H.F. ROOT, A. MARBLE,
Controlled versus Free Diet Management of Diabetes.
Diabetes, Vol. 1, No. 1, pp. 33 - 36, 1952.

WINKELMAYER, R.,
Diabetes mellitus in Chronic Mental Patients.
Psychiatric Quarterly, Vol. 36, pp. 530 - 536, 1962.

WOELK, K.,
Psychologische Untersuchungen von Diabetikern mit Hilfe des Wartegg-Zeichentests.
Dissertation, München, 1958.

WOLFF, H.G.,
Brain and Diabetes. The Role of the Highest Integrative Functions in Disease.
Diabetes, Vol. 8, pp. 350 - 363, 1959.

ZANDER, W.,
Psychoanalytische Behandlungsmethoden.
Zeitschrift für Allgemeinmedizin, Nr. 55, Seite 1511 - 1529, 1979.

ZEIDEL, A.,
Emotional Adjustment of juvenile Diabetics and
Their Families.
In: Laron, Z., Habilitation and Rehabilitation of
Juvenile Diabetics. Leiden, 1970, pp. 159 - 166.

von ZERSSEN, D.,
Die Beschwerden - Listen als Test.
Therapiewoche, Nr. 25, Seite 1908 - 1924, 1971.

ZIERL, W.,
Zur seelischen Entwicklung des diabetischen Kindes.
Ärztliche Wochenschrift, Jahrgang 9, Heft 41,
Seite 974 - 981, 1954.

L e b e n s l a u f

1948	Geburt in München als erstes Kind meiner Eltern Hans Einsporn und Hildegard, geb. Wirth. Zwei Schwestern Brigitte und Eleonore wurden 1949 und 1955 geboren.
1954 - 1959	Besuch der Volksschule (an der Schwanthaler- bzw. Schwindstraße).
1959 - 1968	Besuch des Maximiliansgymnasiums in München mit abschließender Reifeprüfung.
1968 - 1970	Wehrersatzdienst im Kreiskrankenhaus Oberlingen und im Kreisaltersheim Ottobeuren.
1970 - 1976	Studium der Medizin an der Ludwig - Maximilians - universität in münchen mit Staatsexamen.
1977 - 1978	Medizinalassistenzeit im St.-Elisabeth-Krankenhaus in Straubing.
1978 - 1980	Tätigkeit als Praxisassistent bei Dr. med. Winkelhann in München.
1980 - 1982	Arbeit als Assistenzarzt in der Klinik Höhenried.
1981	Eheschließung mit Frau Maria Blaim (geb. Blaim).
seit 1982	Tätigkeit als Assistenzarzt im Bezirkskrankenhaus Haar bei München.